

FACULTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1912-1913 — N° 86

DE LA
GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE
RÉCIDIVÉE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 27 mai 1913

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Henri BOUCHET

Né à Grenoble (Isère), le 23 juin 1887



A. MALOINE, ÉDITEUR

LYON

Rue de la Charité, 6

PARIS

Rue de l'École-de-Médecine, 25

1913

DE LA
GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE
RÉCIDIVÉE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552620_0060

FACULTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1912-1913 — N° 86

DE LA

GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE

RÉCIDIVÉE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 27 mai 1913

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Henri BOUCHET

Né à Grenoble (Isère), le 23 juin 1887



A. MALOINE, ÉDITEUR

LYON

Rue de la Charité, 6

PARIS

Rue de l'École-de-Médecine, 25

1913

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ. DOYEN.
COURMONT (J.). ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CHAUVEAU, AUGAGNEUR, SOULIER, TRIPIER, CAZENEUVE, LÉPINE,
PIERRET, BEAUVISAGE.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. TEISSIER.
Cliniques chirurgicales	ROQUE.
Clinique obstétricale et Accouchements	BARD.
Clinique ophtalmologique	PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JABOULAY.
Clinique des maladies mentales	FABRE.
Clinique des maladies des enfants	ROLLET.
Clinique des maladies des femmes	NICOLAS.
Physique médicale.	LEPINE (Jean).
Chimie médicale et pharmaceutique	WEILL.
Chimie organique et Toxicologie	POLLOSSON (A.).
Matière médicale et Botanique	CLUZET.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	HUGOUNENQ.
Anatomie.	MOREL.
Anatomie générale et Histologie	MOREAU.
Physiologie	GUIART.
Pathologie interne	TESTUT.
Pathologie et Thérapeutique générales	RENAUT.
Anatomie pathologique	MORAT.
Médecine opératoire	COLLET.
Médecine expérimentale et comparée	LESIEUR.
Médecine légale	PAVIOT.
Hygiène	POLLOSSON (M.).
Thérapeutique	COURMONT (P.).
Pharmacologie	LACASSAGNE.
	COURMONT (J.).
	PIC.
	FLORENCE.

PROFESSEURS ADJOINTS

Physiologie, cours complémentaire	MM. DOYON.
Maladies des oreilles, du nez et du larynx.	LANNOIS.
Pathologie externe	VALLAS.
Maladies des voies urinaires.	ROCHET.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Chimie minérale	MM. BARRAL, agrégé
Propédeutique chirurgicale	BERARD.
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN.
Chirurgie infantile	NOVE-JOSSERAND.
Accouchements	COMMANDEUR
Embryologie.	REGAUD.
Anatomie topographique	PATEL.
Botanique	BRETIN.
Chirurgie expérimentale.	VILLARD.
Clinique infantile	MOURIQUAND.
Propédeutique urologique	GAYET.
Déontologie et médecine professionnelle	MARTIN (Et.).

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
REGAUD.	MARTIN (Et.).	BRETIN.	MOURIQUAND.
COMMANDEUR.	LAROYENNE.	LERICHE.	ARLOING (F.).
GAYET.	VORON.	THEVENOT.	GUILLEMARD.
NEVEU-LEMAIRE.	NOGIER.	TAVERNIER.	PIERY, ch...
PATEL.	LATARJET.	CADE.	SAVY, ch...

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THESE

MM. A. POLLOSSON, Président : FABRE, Assesseur ;
MM. VILLARD et VORON, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

LE CAPITAINE FRÉDÉRIC BOUCHET

Chevalier de la Légion d'honneur

A MA MÈRE

A MES ONCLES

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR A. POLLOSSON

Qui nous fait aujourd'hui le grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse. Nous en sommes très vivement touché et le prions de croire à notre respectueuse reconnaissance.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LERICHE

Nous lui devons l'idée de ce travail. Il nous a toujours ménagé l'accueil le plus bienveillant dans les nombreuses circonstances où nous avons eu recours à lui. Nous lui présentons, avec nos vifs remerciements, l'hommage de notre respectueuse gratitude.

A MES MAÎTRES DE GRENOBLE ET DE LYON

CHAPITRE PREMIER

Introduction et Historique.

Retracer le tableau d'une grossesse extra-utérine et de sa récédive, dépeindre les angoisses, les espoirs de la malade et de sa famille, est la meilleure introduction que nous puissions trouver pour notre travail. M. Moreau, de Bruxelles, en a tracé un tableau saisissant et le lire est comprendre l'importance de la question.

« Une rupture de grossesse ectopique est toujours un événement tragique. La brusquerie du début, l'intensité des douleurs, l'altération rapide de l'état général impressionnent profondément la malade et son entourage. Tous se rendent parfaitement compte de la gravité des symptômes, ainsi que du danger couru par la patiente. Au milieu de ces angoisses arrive le médecin qui ne peut que confirmer les alarmes de la famille et qui enlève la malade pour l'opérer d'urgence.

« Quelques semaines plus tard, changement radical : la patiente, un peu affaiblie par la perte de sang, mais guérie, reprend place au milieu des siens, non sans effusion envers son « sauveur ».

» Le médecin, conscient du danger couru, se berce de l'illusion d'avoir réellement sauvé la vie de la malade.

« Puis le temps passe, l'émotion s'efface, l'oubli se fait.

« Brusquement, deux ans plus tard, les symptômes terrifiants se reproduisent : la douleur apparue avec l'instantanéité d'un éclair et dont l'intensité anéantit, « fauche » la malade en pleine santé, en plein travail ; la lividité cadavérique, la faiblesse croissante, tout marque le déclin rapide de la vie.

« L'identité de la crise actuelle et de la crise précédente est indubitable ; le diagnostic est sur toutes les lèvres ou dans toutes les pensées.

« Nouvelles angoisses ; attendre l'arrêt que va formuler le médecin ; revivre ces interminables minutes où l'esprit, bouleversé par la brusquerie des événements, secoué par l'appréhension d'une catastrophe immédiate, s'accrochant ensuite à un bref retour d'espérance, désire et appréhende à la fois la fin de l'opération, dans un silence sinistre ».

Tel est le tableau d'une grossesse ectopique rompue et récidivante. Il est assez impressionnant pour comprendre l'immense intérêt qu'il y aurait à pouvoir reconnaître, en opérant une première grossesse ectopique, si la trompe opposée est susceptible d'une récurrence. Nous avons essayé de grouper dans notre chapitre du traitement les cas où l'on peut se croire autorisé à pratiquer l'ablation des annexes des deux côtés.

Nous avons eu l'occasion de voir opérer par M. le professeur agrégé Leriche une récurrence de grossesse extra-utérine ; à ce propos, il a bien voulu nous confier ce travail en nous donnant toutes les indications nécessaires. Nous avons compulsé, réuni ce qui a été écrit sur la question jusqu'à ce jour. Nous n'avons pas parlé des grossesses extra-utérines bilatérales, simultanées ou non. Nous avons pensé, avec M. le Dr Leriche, que ces cas sortaient du cadre que nous nous étions imposé et qu'ils formaient à eux seuls une autre question ; d'ailleurs notre travail était assez vaste pour ne pas nous adjoindre encore ces sortes de grossesses.

Nous avons traité successivement l'historique, l'anatomie pathologique, les symptômes, l'évolution, le diagnostic, le pronostic et le traitement des récurrences ; nous avons réuni ensuite 137 observations, dont 4 observations lyonnaises inédites. Il nous a paru intéressant de reproduire, tout en les résumant, toutes les observations publiées ; nous avons dû certainement en omettre, mais le plus grand nombre se trouve dans notre thèse.

Nous remercions tout particulièrement MM. Albertin, Delore et Leriche qui nous ont permis, en nous les confiant, de publier ainsi de nouvelles observations de récurrences de grossesse extra-utérine.

Nous allons maintenant tracer le plus succinctement possible l'historique de la question ; nous verrons donc ainsi au fur et à mesure tous les auteurs qui s'en sont occupés. Pour ceux dont nous avons résumé les observations, nous indiquons le numéro de classement qu'elles occupent dans notre thèse.

Plus nous allons vers l'époque moderne, plus les observations de récidives sont nombreuses. Ceci tient à ce que nos connaissances sont plus étendues, nos observations plus régulièrement publiées, nos diagnostics plus certains. La première observation qui paraîtrait devoir être une observation de récidive a été rapportée par Albucassis en 1106. Bien que Varnier, dans sa communication de 1900 ne l'ait pas considérée comme une récidive certaine, nous l'avons donnée dans notre travail (obs. 19), car elle est intéressante au point de vue historique.

En 1591, un médecin bordelais, Etienne Maniaud, rapporte l'observation de Jacques Noier, puis viennent ensuite celles de Robert Nicaud, en 1644; de Gabriel King, en 1742; de Galiay, en 1837; de Brown, en 1850 (obs. 28).

Le premier mémoire digne d'intérêt qui parut fut celui de Puech qui, en 1879, publia dans la *Gazette obstétricale* plusieurs cas de récidive. Puis apparaissent successivement : la thèse de Schuhl, en 1883; les deux observations d'Hermann (obs. 62 et 63), celles de Kletzsh (obs. 65), de Winckel (obs. 116), et de Lawson Tait (obs. 132, 2 grossesses extra-utérines séparées par une normale); en 1889, l'observation de Veit (obs. 113); en 1890, le travail d'Olshausen (obs. 85) et l'observation de Frommel dans la *Semaine médicale allemande* (obs. 50); les cas de Meyer, en 1891 (obs. 79). En 1892 paraît la thèse de Rocquet sur la grossesse extra-utérine répétée chez la même femme, inspirée par Boisieux (obs. 24), et sont publiées les observations de Galabin (obs. 51), Hanks (obs. 57), Mackenrodt (obs. 77),

Walter (obs. 114). Toujours en 1892, Taylor publie la première observation de récédive dans la même trompe (obs. 126). En 1893, Karl Abel publie plusieurs observations de récédive (obs. 18) et explique les cas d'ectopie récédivante par des anomalies congénitales du trajet et de la direction de la trompe ; il signale aussi certains cas de grossesse normales intermédiaires à 2 grossesses ectopiques ; il conseille, quand on opère une grossesse ectopique, d'examiner avec soin la trompe du côté opposé pour l'enlever si son état anatomique fait craindre l'évolution possible d'une seconde grossesse ectopique de ce côté.

Byford (obs. 29), Kelway (obs. 64), Patellani (obs. 87) font paraître aussi en 1893 des observations de récédive, et dans la même année Cœ publie lui aussi une observation de récédive dans la même trompe (obs. 123), et Rosenwasser une observation de grossesse utérine intercalée entre 2 extra-utérines (obs. 134).

En 1894, nous trouvons les observations de Bennington (obs. 23), d'Harington (obs. 58), de Duff (obs. 128), et de Grandin (obs. 130), les 2 dernières sont des observations de grossesses utérines intercalées entre 2 extra-utérines.

En 1895 est publiée l'observation de Van Ott (obs. 86).

En 1896 sont publiées celles de Bastianelli (obs. 21), de Duhrssen (obs. 38 et 39), Lester E. Frankenthal (obs. 72), Ross (obs. 96 et 97), Shoofield (obs. 100 et 101), Toïvo Forstromm (obs. 111), Lindeblom (obs. 75), Wordl (obs. 117) ; en 1897, celles de Czempin (obs. 33), Erdmann (obs. 41), Hall (obs. 56), Heinricius et Kolster (obs. 125, récédive dans la même

trompe), et Kockmann (obs. 131, grossesse utérine intercalée).

En 1898, Payen, de Lyon, fait une thèse intitulée : « Contribution à l'étude des grossesses extra-utérines répétées » ; cette thèse, inspirée par M. le professeur agrégé A. Pollosson, rapporte 26 observations de récidives dont 2 inédites, une de M. A. Pollosson (obs. 11), et une autre de M. Condamin (obs. 12). Paraissent aussi, dans la même année, les observations de Falk (obs. 42), Giglio (obs. 53), Koblanck (obs. 66), Muret (obs. 81), Zangemeister (obs. 120, 121 et 122).

En 1899, les auteurs suivants rapportent chacun une ou plusieurs observations de récidives : Edgar (obs. 40), Godart (obs. 55), Thomson (obs. 110), Weil (obs. 115) et Wormser (obs. 118, 119 et obs. 137, grossesse utérine intercalée) ; Strauch fait paraître 5 observations dont 2 utérines intercalées (obs. 105, 106, 107 et obs. 135 et 136).

Dans sa communication à la séance du 5 octobre 1900, à la Société d'obstétrique de Paris, Varnier, à propos d'un cas personnel (obs. 112), présente une critique très complète qui porte à 63 cas bien authentiques les observations de récidives. A la même époque, au mois d'octobre 1900, Pestalozza, de Florence, apporte plusieurs observations au Congrès de la société italienne d'obstétrique et de gynécologie de Naples (obs. 88 et 89). Dans la même année, paraissent les observations de Bégoïn (obs. 22), Chapot-Prevost (obs. 30), Glitsch (obs. 54 et obs. 129, grossesse utérine intercalée), Harris (obs. 59, 60, 61), Leewers (obs. 71), Mittermeyer (obs. 80), Noble (obs. 83 et 84), Smith (obs. 102)

et Mauclaire (obs. 133, grossesse utérine intercalée).

Les recherches de Varnier, en 1900, servent de point de départ aux travaux de ses élèves Sens et Haret qui, tous deux, font à Paris, en 1901, comme thèse, une étude critique, l'un sur 89 cas, l'autre sur 35 cas de grossesse ectopique récidivante. En 1901 paraît aussi la thèse de Martin sur la récurrence de la grossesse extra-utérine ; nous relevons, en 1901, les observations de Bouilly et Lecène (obs. 26), Lyth (obs. 76), Pozzi (obs. 91), Rancaglia (obs. 95), et Routier (obs. 98).

Dans l'année 1902, nous trouvons le cas de Philipovicz (obs. 90) ; en 1903, les cas de Cohn (obs. 31 et 32), Dawson (obs. 34), Murphy (obs. 82), Reiffarscheid (obs. 92 et 93), Sturmer (obs. 108 et 109) ; en 1905, ceux de Brouha (obs. 27), Gifford-Nash (obs. 52), Liell (obs. 74).

Sauvé, en 1906, fait une thèse à Paris, intitulée : « Contribution à l'étude des grossesses tubaires, bilatérales, successives et simultanées » ; il rapporte 2 observations inédites de grossesses récidivantes dans la trompe opposée, l'une de Rochard (obs. 94), et l'autre de Demoulin (obs. 36). Nous notons aussi les observations de Allen (obs. 20), Goodall (obs. 124, récurrence dans la même trompe), Delezenne (obs. 35), Soutchinsky (obs. 103 et 104).

En 1907 apparaît la thèse de Filhoulaud sur la grossesse extra-utérine récidivée ; il rapporte d'assez nombreuses observations, dont 6 inédites (obs. 44, 45, 46, 47, 48, 49) ; cet auteur conclut que dans une première intervention, la crainte de la récurrence ne doit pas amener à faire la castration totale en l'absence de

lésions suffisantes des annexes, mais qu'il ne faut pas pousser à l'extrême le désir de conservation de ces annexes s'il y a doute sur leur intégrité.

Toujours en 1907, nous trouvons 2 observations de Kuppenheim (obs. 68 et 69). En 1908, apparaît, à Montpellier, une thèse de Prunet, sur les grossesses ectopiques récidivées qui est, en partie, une réplique de celle de Filhoulaud ; cette thèse rapporte une observation inédite prise dans le service de M. le professeur de Rouville (obs. 99).

Enfin, en 1912, nous trouvons une observation très complète dans le *Journal de chirurgie et Annales de la Société belge de chirurgie*, prise par le Dr Moreau.

Nous avons classé toutes ces observations suivant 3 groupes.

1^{er} groupe : observations de grossesses extra-utérines récidivées dans la trompe opposée.

2^e groupe : observations de récidives dans la même trompe.

3^e groupe : observations de grossesses utérines intercalées entre deux grossesses extra-utérines.

CHAPITRE II

Étiologie et Pathogénie.

La récurrence d'une grossesse extra-utérine a probablement comme cause celle de la première grossesse ectopique, et vouloir tracer la pathogénie de la récurrence, c'est traiter celle des grossesses extra-utérines en général. Quelles sont ces causes ? Beaucoup sont invoquées ; mais, parmi celles-ci, il n'en existe pas qui soit aptes à produire d'une façon indéniable une grossesse extra-utérine.

Une rupture de grossesse extra-utérine se reproduit chez une femme qui a déjà subi une intervention pour une grossesse semblable. Nous cherchons dans ses antécédents pathologiques quelle est l'affection qui a pu prédisposer notre malade à l'éclosion de ces deux grossesses anormales. Le plus souvent nos investigations restent inutiles ; c'est en vain que nous scrutons très minutieusement tout le passé gynécologique de la malade, rien ne se présente à nous, et nous sommes bien obligés de reconnaître notre ignorance.

Nous allons essayer cependant, dans ce chapitre, de réunir toutes les causes qui ont été proposées jusqu'ici, tout en les discutant, car tous les auteurs sont d'accord pour dire que la question n'est pas encore élucidée.

Chez les mammifères et chez la femme, chaque grossesse ordinaire commence par une grossesse tubaire ; mais, normalement, l'ovule ne s'arrête pas dans la trompe, il continue sa route pour aller s'implanter dans l'utérus. La grossesse ectopique consiste dans l'arrêt de la migration de l'œuf fécondé et dans sa greffe au niveau de la trompe. Mais pourquoi cette greffe anormale ? Toutes les circonstances qui peuvent s'opposer à la migration de l'ovule fécondé ont été incriminées. Strassmann, de Berlin, les a résumées au Congrès international de médecine (1900) en disant : « La cause de cet arrêt de migration est un obstacle créé soit par une tumeur, soit par une coudure de la trompe due le plus souvent à une périmérite, celle-ci étant causée le plus fréquemment par la blennorragie, soit par un myome de la trompe, soit par un processus inflammatoire ayant détruit les cils vibratiles ; souvent la grossesse extra-utérine est due à une salpingite gonorrhéique surtout si une partie de la muqueuse est restée saine, permettant à l'œuf de s'y implanter. Les trompes infantiles peuvent être également la cause de la grossesse extra-utérine, mais cette cause est rare. »

Nous allons passer en revue ces différentes causes tout en adoptant le classement du traité de Bar, Brindéau et Chambrelent.

Nous traiterons donc successivement :

- 1° *Les causes provenant de l'ovaire ou de la trompe ;*
- 2° *Les causes provenant de l'utérus ;*
- 3° *Les causes provenant de l'œuf.*

I. — Causes provenant de l'Ovaire ou de la Trompe.

Il est possible d'admettre que la déchirure insuffisante du follicule de De Graaf puisse produire la fécondation et la greffe de l'ovule sur l'ovaire même. L'état pathologique de l'œuf, d'après Strassmann, et un processus inflammatoire chronique des ovaires (hydropisie folliculaire, ovarite corticale), d'après Strepkowski, pourraient faciliter, dans certains cas, la fixation de l'œuf sur l'ovaire. On pourrait peut-être incriminer aussi la destruction, par une inflammation pelvienne, des cils vibratiles décrits sur le ligament tubo-ovarique qui produisent un courant séreux se dirigeant vers l'ostiom abdominale. Ce courant séreux, qui a comme fonction d'amener l'ovule dans la trompe, ne se produisant plus, cet ovule peut ainsi se greffer au voisinage de l'ovaire.

Mais ces causes, provenant de l'ovaire, sont pour la plupart très hypothétiques et, en tous cas, doivent être très rares. Nous allons étudier celles qui se rattachent à la trompe ; nous verrons que certaines d'entre elles sont très probablement, et souvent même, des causes de grossesses extra-utérines et ainsi de récidives. Un grand nombre d'auteurs, tels que Hecker, Fritsch, Olshausen, ont rapporté des cas de grossesses extra-

utérines dus, d'après eux, à une pelvipéritonite (observation 95, Roncaglia). — Des lésions de paramérite peuvent causer des brides (Dolérís), des coudures, des torsions de la trompe qui, en rétrécissant la lumière de son canal, empêchent à l'ovule de progresser (observations Falk, 42, Lindeblom, 75). Il se peut aussi que le pavillon de la trompe, dévié par les brides péritonéales ne s'applique pas sur l'ovaire au moment de la ponte ovulaire et oblige ainsi l'ovule à se développer ectopiquement.

Ces causes, qui peuvent certainement produire quelquefois une première grossesse extra-utérine, doivent rarement favoriser l'éclosion d'une récidue, car les brides, les torsions, les coudures ne se reproduisent pas forcément sur les deux trompes et les inflammations pelviennes, paramérite, péri-salpingite, sont susceptibles d'avoir complètement disparu au moment où apparaît la deuxième grossesse ectopique.

Les tumeurs pelviennes peuvent modifier le calibre et la direction des trompes, mais il faudrait avoir une tumeur assez volumineuse, pouvant porter son action sur les deux trompes à la fois, ou avoir deux tumeurs symétriques et semblables. Ces cas, s'ils existent, doivent être excessivement rares car, si à la première laparotomie l'on observait de pareilles tumeurs, la première chose que ferait le chirurgien serait de les enlever toutes deux et de supprimer ainsi toute récidue. Léopold Wyder et Dührssen ont incriminé un polype intra-tubaire ; il est possible qu'un polype de cette sorte ait causé une première grossesse ectopique, mais il faudrait admettre la bilatéralité de cette tumeur, chose

exceptionnelle, pour avoir une récurrence de grossesse ectopique.

Il en est de même des myomes de la trompe qui, d'après Strassmann, pourraient produire la grossesse extra-utérine.

Les pavillons accessoires, la bifidité de la trompe sont des anomalies qui, quoique rares, peuvent causer des grossesses extra-utérines avec récurrences. Ces anomalies congénitales sont dues à un vice de développement du canal de Muller.

MM. Heurotin et Herzog ont publié 2 observations de grossesse ectopique due à une anomalie du canal de Muller. La première grossesse était due au développement d'un ovule fécondé qui était venu se loger dans un pavillon accessoire. La deuxième observation concernait une grossesse ectopique survenue dans un diverticule congénital développé aux dépens des parois de la trompe.

Richard, Baudelocque, Boivin et Ingleby ont signalé de pareilles anomalies, mais il est certain que celles-ci doivent être exceptionnellement la cause de grossesses ectopiques.

Il n'en est peut-être pas de même des trompes étudiées par Freund et Karl Abel, connues sous le nom de trompes infantiles. Dans un article intitulé : « De la grossesse tubaire récidivée chez la même femme », l'auteur donne une observation de récurrence de grossesse extra-utérine (observation 18) et, à ce propos, il rapporte à une anomalie congénitale dans le trajet et la direction du conduit de Fallope, anomalie naturellement bilatérale et symétrique, l'origine des grossesses ectopiques

dans les deux trompes. Aux premiers stades de leur développement les trompes sont contournées en spirale et leurs sinuosités s'effacent et disparaissent de l'utérus au pavillon pendant qu'elles complètent leur évolution. Il peut arriver que, par suite d'un arrêt de leur développement, elles restent contournées et tordues ; elles garderaient ainsi leur forme en spirale qu'elles avaient pendant la période fœtale, et les replis de la muqueuse qui résultent de cette torsion deviennent une cause de ralentissement ou d'arrêt dans la migration de l'œuf qui reste ainsi fixé dans le conduit au delà de la portion coudée et spiroïde. Dans l'observation 72, rapportée par Frankenthal, ce chirurgien avait examiné la trompe saine après avoir extirpé la trompe malade ; la trompe saine présentait les sinuosités dont parlent Freund et K. Abel. Il avait à ce propos prédit la possibilité de la récurrence tout en respectant cette trompe. 15 mois après la première opération, il était obligé de laparotomiser de nouveau sa malade pour une récurrence.

Nous comprenons fort bien que ces trompes infantiles peuvent être très naturellement la cause de grossesses extra-utérines bilatérales successives puisque toutes deux gardent leur forme spiralée. Mais là encore nous n'avons pas une cause bien courante de grossesse ectopique et de récurrence. Les altérations de la muqueuse de la trompe sont, d'après de nombreux auteurs, les causes les plus fréquentes des grossesses ectopiques. Une hypothèse de Lawson Tait, longtemps acceptée sans conteste, est celle de la salpingite desquamative. Mais cette théorie n'est plus guère admise aujourd'hui. Bland Sutton a fait remarquer que lorsqu'une salpingite

est assez grave pour détruire l'épithélium de la trompe, elle cause d'autres altérations qui amènent l'occlusion de l'orifice abdominal. Bouilly, A. Martin, Veit, Webster, Paquy, Couvelaire, par des examens de trompes ayant été le siège d'une grossesse ont pu conclure que ces organes présentaient une remarquable intégrité macroscopique et microscopique ; les cils vibratiles eux-mêmes étaient intacts.

D'autre part, les expériences pratiquées par Truzzi, Mandl et Schmiedt, qui avaient pour but de provoquer le développement de grossesses extra-utérines, n'ont jamais réussi. Tainturier avait, lui aussi, essayé en détruisant l'épithélium tubaire des lapins de provoquer expérimentalement la greffe ectopique de l'œuf. Ses expériences ont été négatives. Ce qui prouve que l'obstruction de la trompe n'est pas suffisante pour expliquer cette anomalie.

Cependant, d'après les travaux de Schauta, Dührssen, Roncaglia, la blennorragie serait une cause fréquente de grossesse ectopique. Cette maladie, en provoquant une endo-salpingite catarrhale, amène des modifications suffisantes pour expliquer l'arrêt de l'œuf. Mais il faut que cette salpingite catarrhale soit légère. Pozzi en décrit ainsi l'aspect : « l'agglutination des franges ne va pas jusqu'à l'oblitération complète comme dans les lésions chroniques. Cette perméabilité du pavillon est, à mon sens, pathognomonique de l'inflammation simplement catarrhale, c'est-à-dire superficielle et curable ne nécessitant pas fatalement l'extirpation... La surface de la trompe est rose, le pavillon d'une teinte plus vive. A la coupe, on voit la cavité pleine de

replis normaux hypertrophiés de couleur gris rosé ou argenté qui lui donne un aspect végétant... Les plis sont couverts de bourgeons revêtant de nouvelles formations... Beaucoup s'anastomosent en arcade à leur extrémité interne, ce qui donne à la coupe un aspect réticulé. »

On comprend fort bien que ce gonflement inflammatoire léger, tout en n'oblitérant pas la lumière de la trompe, puisse arrêter l'œuf dans sa migration et ainsi l'oblige à se greffer dans cette trompe. D'ailleurs, Schauta et Dührssen ont retrouvé la blennorragie dans les deux tiers des cas de grossesse ectopique. Ils ont pu démontrer dans bien des observations la présence d'une salpingite blennorragique dans la trompe du côté opposé. (Voir obs. Boldt, 25.)

Nous verrons plus loin, lorsque nous aurons exposé toutes les causes possibles de grossesse ectopique et de récédive, ce qu'il faut penser des affections antérieures des organes génitaux.

II. — Causes provenant de l'utérus.

L'endométrite paraît jouer un certain rôle comme cause de grossesse extra-utérine ; il se pourrait que l'œuf fécondé ayant pénétré dans l'utérus n'y trouvât pas un endroit propice à son développement. Les fibromes utérins ont été aussi incriminés surtout quand ils siègent aux environs de l'ostium uterinum.

Les avortements antérieurs semblent être une cause prédisposante de grossesse ectopique. Baculescu, dans une étude statistique sur la grossesse extra-utérine,

trouve, sur 56 cas, dans les antécédents des malades, 28 cas d'avortements. Il se pourrait que l'avortement fût capable de provoquer une inflammation de la muqueuse utérine et consécutivement une sclérose de l'orifice utérin de la trompe. Cette sclérose aurait pour conséquence un rétrécissement de l'ouverture tubaire. Ce rétrécissement pourrait permettre au spermatozoïde de passer dans la trompe, de féconder l'ovule ; mais l'œuf ainsi formé, trop grand pour pouvoir franchir le rétrécissement serait arrêté dans la trompe et forcé de se greffer sur une portion quelconque de celle-ci.

Quoi qu'il en soit, il est certain que l'avortement, par des lésions que nous ne pouvons apprécier que fort mal, doit provoquer souvent la grossesse ectopique. Nous publions la statistique intéressante de Baculescu.

56 cas de grossesses extra-utérines :

1° Avortement. 28 cas. Donc 50 %.

2° Inflammations des organes
génitaux :

a) métrite.	4 —
b) salpingite.	3 —
c) pertes blanches	8 —
d) amputation du col . . .	1 — Donc 9,5 %,

3° Règles douloureuses . . . 8 —

Enfin, tout dernièrement, à la Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pédiatrie de Bordeaux, dans sa séance du 26 novembre 1912, M. Guyot a fait une communication sur une grossesse extra-utérine chez une malade ayant antérieurement subi l'opération de la

ligamentopexie et M. Bégoïn s'est demandé s'il y avait relation de cause à effet entre le raccourcissement des ligaments ronds pratiqué chez cette malade et le développement d'une grossesse tubaire. Il serait possible, en effet, que le changement de position de l'utérus ait favorisé le développement de cette grossesse. Mais la question sur ce point n'est pas encore élucidée ; il faudrait d'autres observations de ce genre pour pouvoir tirer une conclusion précise, ce qu'il faudrait surtout ce serait une récurrence dans la trompe opposée. Nous ne donnons cette communication qu'à titre d'indication.

III. — Causes provenant de l'œuf.

Nous citerons encore, à ce propos, quelques causes qui, quoique hypothétiques, pourraient, d'après certains auteurs, provoquer la grossesse ectopique. Quelques malformations de l'œuf rendraient sa migration moins facile. D'après Strassmann, certains ovules irréguliers ou trop volumineux chemineraient plus difficilement dans la trompe et ainsi, ne pouvant plus à un certain moment progresser, seraient obligés de se greffer dans cette trompe. Sippel est d'avis que lorsque l'ovule provient de l'ovaire du côté opposé, il peut, pendant son trajet péritonéal, devenir suffisamment gros pour se bloquer dans le canal salpingien. Dans ce cas, on trouverait le corps jaune dans l'ovaire du côté opposé à la trompe gravidique. Si ces cas sont capables de provoquer quelquefois une grossesse extra-utérine, nous nous rendons bien compte qu'une récurrence ainsi déterminée est certainement très rare. Aussi nous n'y attacherons qu'une importance secondaire.

Nous devons parler enfin de deux causes prédisposantes qui sont l'âge et la parité.

Age. — D'après les statistiques de Jacobs et de Neugebauer, nous remarquons que les grossesses extra-utérines évoluent surtout chez des femmes de l'âge moyen de 30 à 35 ans. Albertin et Desgouttes ont publié, dans un article paru dans le *Lyon Chirurgical* du 1^{er} avril 1909, 80 cas de grossesses tubaires ou d'hématocèles opérées à la Charité. Dans ces observations, nous voyons que le plus grand nombre de grossesses ectopiques ont été observées chez des femmes ayant de 30 à 35 ans, puis ensuite de 25 à 30, puis de 35 à 40 et enfin de 20 à 25.

Sur les 80 cas publiés par Albertin et Desgouttes, il y a :

1 cas	à 18 ans ;
12 —	de 20 à 25 ans ;
20 —	de 25 à 30 —
27 —	de 30 à 35 —
14 —	de 35 à 40 —
2 —	de 40 à 45 —
4 —	âge indéterminé.

Les résultats sont semblables pour les statistiques de Jacobs et de Neugebauer.

Statistique de Jacobs, 82 cas :

8 cas	de 20 à 25 ans ;
19 —	de 25 à 30 —
37 —	de 30 à 35 —
16 —	de 35 à 40 —
2 —	de 40 à 45 —

Statistique de Neugebauer, 37 cas :

5 cas	de 20 à 25 ans ;
3 —	de 25 à 30 —
7 —	de 30 à 35 —
9 —	de 35 à 40 —
2 —	de 40 à 45 —

Dans nos observations de récidives, nous avons recherché l'âge des malades. 92 observations portent mentionnés les âges. Nous trouvons :

1 cas	de 18 à 20 ans :
8 —	de 20 à 25 —
31 —	de 25 à 30 —
27 —	de 30 à 35 —
4 —	de 35 à 40 —
1 —	de 40 à 45 —

Parité. — Le plus grand nombre des malades sont des multipares. Sur les 82 cas de Jacobs, il y^a avait 56 multipares ; sur 129 cas étudiés par Tainturier, 94 sont multipares.

L'âge avancé et la multiparité sont donc des causes prédisposantes à la grossesse extra-utérine.

Il résulte de tout ce qui précède que souvent on retrouve dans les antécédents des malades des affections anciennes des organes génitaux. La salpingite catarrhale blennorragique semble être l'affection la plus fréquente qui prédispose à la grossesse ectopique et à sa récurrence. Au point de vue de la récurrence, les trompes infantiles semblent devoir être souvent incriminées. Mais quelle cause invoquerons-nous lorsque nous ne trouverons ni malformations, ni antécédents pathologiques ?

Nous serons obligés alors d'admettre la théorie de Webster qui fait de la grossesse ectopique une anomalie par atavisme. En effet, dans l'espèce humaine, il ne se produit pas de caduque au niveau de la trompe pendant la grossesse utérine, tandis que chez certains animaux les muqueuses utérines et salpingiennes réagissent de la même façon. Supposons que cette propriété ancestrale subsiste chez certaines femmes et qu'en même temps il existe un obstacle à la migration de l'ovule, on comprendra alors la possibilité de la grossesse ectopique. Cette théorie expliquerait assez bien la fréquence assez grande des récidives de grossesse extra-utérine chez la même femme.

CHAPITRE III

Anatomie pathologique.

Il n'y a pas lieu de faire une anatomie pathologique spéciale pour les récidives. Comme pour l'étiologie, l'anatomie pathologique de la première grossesse extra-utérine est pareille à celle de la récidive. En grande majorité, pour ainsi dire, toujours nos observations de récidive sont des observations de grossesses tubaires ; aussi, décrirons-nous beaucoup plus longuement cette sorte de grossesse pour esquisser, simplement afin d'être complet, les grossesses ovariennes et abdominales.

On divise en effet les grossesses extra-utérines en :

- 1° *Grossesses tubaires ;*
- 2° *Grossesses ovariennes ;*
- 3° *Grossesses abdominales.*

Nous allons successivement traiter rapidement chacune de ces formes ; nous emploierons la classification adoptée par Ribemont-Dessaignes, Lepage et par Pozzi dans leurs traités.

I. — Grossesses tubaires.

Les grossesses tubaires doivent être divisées en deux grands groupes :

- A) *La grossesse interstitielle* ;
- B) *La grossesse tubaire proprement dite*.

A) GROSSESSE INTERSTITIELLE

L'œuf se développe dans la portion utérine ou interstitielle de la trompe.

La muqueuse tubaire s'hypertrophie au niveau de l'implantation de l'œuf ; les fibres musculaires sont ainsi repoussées de dedans en dehors. La rupture se produit alors de très bonne heure.

L'œuf peut se développer dans la portion utérine de la trompe et faire en partie saillie dans la cavité utérine. Pozzi a constaté un cas de grossesse interstitielle où l'expansion de l'œuf se faisait partiellement vers la cavité utérine à travers l'ostium uterinum dilaté. Dans ces cas-là, les hémorragies sont excessivement fréquentes et abondantes, et il peut se faire que l'on observe des cas où l'œuf, en entier ou en partie, soit expulsé par la cavité utérine et les organes génitaux externes. Cette grossesse est la *grossesse utéro-interstitielle*. Si l'œuf, au contraire, se développe en dehors de l'orifice utérin, la grossesse est dite *tubo-interstitielle*.

B) GROSSESSE TUBAIRE PROPREMENT DITE

L'œuf peut se greffer dans trois régions de la trompe et, suivant ces régions, la grossesse est isthmique, ampullaire, infundibulaire.

A) *Grossesse isthmique*. — Cette sorte de grossesse est beaucoup moins fréquente que l'ampullaire. Martin, dans sa statistique, en compte 8 sur 77 cas, Couvelaire 7 sur 35 cas. Le sac fœtal est situé près de l'utérus sur le bord supérieur de l'aileron moyen du ligament large ; le sac libre, ou presque libre d'adhérences, proémine dans la cavité péritonéale. La rupture de cette grossesse se fait assez tôt, vers la huitième semaine environ.

B) *Grossesse ampullaire*. — Elle est de beaucoup la plus commune. La statistique de Couvelaire donne 20 cas sur 35.

Le développement du sac fœtal peut se faire de deux côtés : soit du côté du péritoine, soit entre les deux feuillets du ligament large.

a) *Expansion péritonéale* :

1° Si le sac reste tubaire, l'ampoule se développe progressivement sous le péritoine ;

2° Mais quelquefois le sac est en même temps tubaire et intra-péritonéal ; sa paroi est alors fermée par la paroi de la trompe et par des néo-membranes qui le fixent aux organes voisins.

Si le kyste fœtal se développe par l'ostium abdominale on lui donne le nom de grossesse *tubo-abdominale secondaire directe*.

Si l'œuf progresse par une solution de continuité de la grossesse tubaire, la grossesse est dite *tubo-abdominale secondaire indirecte*.

b) *Expansion intraligamentaire* :

Si le sac fœtal s'insinue entre les deux feuillets du

ligament large, on peut avoir deux degrés d'évolution suivant que la grossesse est :

1° *Partielle*. — Le sac ne pénètre que dans la partie la plus externe de l'aileron moyen du ligament large.

2° *Ou complète*. — Le sac est profondément enfoncé dans le bassin, l'utérus est dévié latéralement.

c) *Grossesse infundibulaire*. — Ces grossesses sont rares ; ce sont celles qui se développent sur les franges du pavillon. A leur histoire se rattachent les grossesses développées dans un pavillon ou dans un conduit accessoires.

II. — Grossesses ovariennes.

Elles résultent de la fécondation d'un ovule au niveau d'un follicule de De Graaf. On en distingue deux variétés : la grossesse ovarienne externe, le follicule de De Graaf reste ouvert, l'œuf vient faire saillie dans cette ouverture et se développe dans le péritoine ; la grossesse ovarienne interne, la déchirure du follicule se referme et emprisonne l'œuf qui se développe à la manière d'un kyste de l'ovaire.

III. — Grossesses abdominales.

Elles se divisent en deux classes : 1° la grossesse primitive ; lorsque l'œuf fécondé se greffe d'emblée dans la cavité abdominale, la grossesse ainsi développée a sa paroi propre, sa rupture se fait rarement ; on observe plus souvent : 2° la grossesse secondaire, le

fœtus tombe dans la cavité abdominale et s'y développe secondairement après rupture de grossesse tubaire ou ovarique.

En résumé, la grossesse extra-utérine se fait surtout dans la trompe, l'expansion du sac fœtal se fait plus particulièrement du côté du péritoine.

CHAPITRE IV

Symptômes.

La grossesse ectopique, qu'elle soit récidivée ou non, se manifeste par deux sortes de symptômes : 1° les symptômes de grossesse, comme dans une grossesse normale ; 2° les symptômes de grossesse extra-utérine.

Sans nous étendre longuement sur ce chapitre, nous allons cependant résumer les principaux symptômes de grossesse extra-utérine, en indiquant, s'il y a lieu, ce qui peut intéresser les cas de récurrence.

I. — Symptômes de grossesse.

La grossesse extra-utérine peut se manifester dès son début ou quelque temps après. Mais il existe toujours dès le commencement des signes de grossesse normale. Parmi ces signes les plus fréquents sont : 1° la modification des règles ; 2° les modifications des seins ; 3° les troubles digestifs ; 4° les modifications des organes génitaux.

1° *Modification des règles.* — L'arrêt des règles est presque constant ; nous le voyons varier dans toutes

nos observations de quelques jours à plusieurs semaines, plus rarement de quelques mois. Il est à remarquer que la rupture de la deuxième grossesse extra-utérine se produit le plus souvent après les dernières règles comme la première rupture, c'est-à-dire que si dans la première grossesse extra-utérine le retard était d'un mois, le retard de la deuxième est sensiblement le même.

Existent-ils des cas où les grossesses extra-utérines évoluent sans modification des règles? Nous ne le croyons pas. La grossesse extra-utérine comme la grossesse normale s'annonce le plus souvent chez une femme toujours bien portante, bien réglée, par un arrêt complet des règles.

Cependant on a cité des cas de grossesses ectopiques où la suppression des règles n'était pas complète.

2° *Modifications des seins.* — Les seins sont souvent modifiés, cependant il faut que la grossesse soit déjà âgée de deux ou trois mois, car l'interruption précoce ne permet pas aux seins de subir de modifications.

On observe le plus souvent de la pigmentation, du gonflement des seins et un écoulement de colostrum (obs. 2, 3).

3° *Troubles digestifs.* — On note le plus souvent des vomissements et du ptialisme, cependant ces symptômes paraissent beaucoup plus rarement observés que dans la grossesse normale où ils sont à peu près la règle.

4° *Modification des organes génitaux.* — Ce qui rend difficile, parfois impossible le diagnostic précoce de grossesse ectopique avec la grossesse normale, c'est le développement hypertrophique de l'utérus. En effet,

dans la grossesse extra-utérine l'utérus se modifie comme s'il s'agissait d'une grossesse normale, surtout au commencement, et ces modifications portent sur son volume, sa consistance, sa position ; nous allons les étudier en y ajoutant celles qui portent sur le col utérin.

A) *Utérus*. — 1° *Volume*. — L'augmentation de volume de l'utérus est toujours observée ; plus la grossesse est près de l'utérus, plus l'hypertrophie est prononcée. Dans les grossesses isthmiques l'hypertrophie est plus grande que dans les grossesses ampullaires.

2° *Consistance*. — L'utérus est mou, élastique.

3° *Position*. — La position varie suivant que la grossesse extra-utérine est intacte ou rompue. Mais ces modifications de position de l'utérus doivent être rangées parmi les signes de grossesse extra-utérine.

B) *Col utérin*. — Le col est ramolli, mais ce ramollissement diminue lorsque l'œuf cesse de se développer.

II. — Symptômes de grossesse extra-utérine.

SIGNES PHYSIQUES. — La palpation nous fait découvrir une tumeur à droite ou à gauche de la ligne médiane, irrégulière, peu mobile, à côté de laquelle se trouve une autre tumeur plus régulière et présentant des contractions, c'est l'utérus hypertrophié. L'auscultation ne fait entendre les bruits du cœur que dans la deuxième moitié de la grossesse. Au toucher on trouve un ramollissement du col ; au toucher et palper com-

binés on peut apprécier les deux tumeurs constituées par l'utérus et par le kyste fœtal. Tantôt l'utérus est placé en avant de la tumeur, tantôt l'utérus est refoulé en arrière ; il peut être déjeté à droite ou à gauche suivant le côté qu'occupe la tumeur.

SIGNES FONCTIONNELS. — Ce sont les plus importants. Ceux qui attirent pour la première fois l'attention de la malade sont les douleurs et les pertes sanguines. Quelquefois on a pu observer des sécrétions hydroporrhéiques. Ces symptômes sont si nets, que parfois c'est la malade qui, reconnaissant les signes dont elle a déjà souffert ou qu'elle a observés, fait elle-même le diagnostic de la récurrence (obs. 4).

1° *Les douleurs.* — Elles peuvent se manifester avant la rupture et même avant la mort de l'œuf ; elles peuvent être soit violentes ou brusques, soit lentes et insidieuses ; dans tous les cas elles ont une grande importance pour le diagnostic. Qu'elles soient plus ou moins vives ces douleurs se manifestent dans le bas-ventre avec irradiations dans les lombes ; plus l'œuf est implanté près de l'isthme, plus elles sont intenses. Elles consistent en pesanteur dans le bas-ventre, en une sensation de tension dans le petit bassin. Le maximum des douleurs se fait tantôt au niveau de la région lombaire, tantôt au niveau du rectum. Ces douleurs se voient de préférence au moment des époques menstruelles et obligent la malade à garder le lit. Quelquefois ces douleurs sont continues, la malade est alors clouée sur son lit en proie aux plus vives souffrances ; le ventre est ballonné, douloureux ; la moindre pression arrache des cris, il se fait comme une poussée péritonitique qui

dans les cas favorables se calme peu à peu. Enfin on peut noter des coliques intestinales, de la diarrhée par irritation de l'intestin auquel adhère le kyste fœtal, ainsi que des troubles fonctionnels du côté de la vessie et du rectum.

2° *Les pertes sanguines.* — Les métrorragies au cours de la grossesse extra-utérine avant sa rupture forment un symptôme d'une importance extrême. Le plus souvent ces écoulements s'accompagnent de douleurs ; ce sont des caillots noirâtres assez peu abondants, quelquefois même la malade peut croire au retour de ses règles.

Ces métrorragies sont dues aux modifications de la muqueuse utérine.

Cazeaux, qui étudie la muqueuse utérine pendant la grossesse ectopique, trouve qu'il y a toujours une réaction de cette muqueuse tant que l'œuf est vivant, et que cette réaction est plus accusée quand la grossesse siège plus près de l'utérus.

Mais ce qui rend excessivement importante la valeur des métrorragies, c'est l'expulsion de la caduque utérine. « La muqueuse utérine, dit Gauthier, subit le même travail que dans la grossesse normale, elle se transforme en caduque dont les caractères histologiques sont les mêmes dans les deux cas. Au point de vue diagnostic l'expulsion de la caduque est pathognomonique. »

Dans nos observations de récurrence, fréquents sont les cas où le diagnostic est fait simplement par l'examen histologique de la caduque expulsée.

L'expulsion de la caduque a été prise souvent pour un avortement ; car d'habitude cette caduque est

expulsée sous forme de caillots noirs, de membranes, de peaux, etc..., et ce n'est que par l'examen histologique que l'on arrive à poser un diagnostic ferme et à pouvoir ainsi opérer une femme avant la rupture de sa grossesse anormale.

En résumé, avant sa rupture, la grossesse extra-utérine récidivée ou non se manifeste par des douleurs lentes, insidieuses ou même violentes, quelquefois par des métrorragies et par l'expulsion de la caduque.

CHAPITRE V

Évolution.

Si nous comparons nos observations de récurrence de grossesse extra-utérine, nous remarquons que son évolution se fait vers les complications suivantes :

- 1° *Hématosalpinx* ;
- 2° *Rétention de l'œuf* ;
- 3° *Rupture* ;
- 4° *Avortement tubo-abdominal*.

Les grossesses portées à terme sont rares, nous ne possédons que 4 observations où la grossesse se continue sans accident pendant les 9 mois (obs. 30, 76, 85, 127). Il est à remarquer que quelquefois si la première grossesse ectopique arrive à terme, la deuxième suit la même évolution. D'ailleurs il semble y avoir une tendance marquée à l'évolution parallèle des deux grossesses ectopiques. Dans tous les cas, ainsi que l'avait observé Varnier, jamais la deuxième grossesse n'évolue vers le terme quand la première a été rompue prématurément.

I. — Hématosalpinx.

L'hématosalpinx est une apoplexie de l'œuf sans rupture de la trompe. « Les altérations consistent en hémorragies qui se font au point d'insertion du placenta et en phénomènes de régression du fœtus mort, que sa mort soit primitive et cause de l'hémorragie ou inversement. Parfois l'hémorragie se fait seulement à l'intérieur des membranes de l'œuf, il n'y a pas de sang épanché dans la trompe. » (Gauthier.)

D'après Couvelaire, l'apoplexie de l'œuf, sans rupture de la trompe, produit l'hématosalpinx seulement jusqu'à la huitième semaine de la grossesse, après cet âge l'apoplexie ovulaire ne donne plus l'hématosalpinx mais la rupture d'emblée de la trompe. L'hématosalpinx se produit surtout dans la région ampullaire de la trompe, en effet, d'après Pinard, « l'œuf fait éclater la trompe d'autant plus tôt qu'il est greffé plus près de l'utérus et cela en déterminant des hémorrhgies considérables. Mais lorsque l'apoplexie précoce se produit dans le sac fœtal ampullaire, elle détermine, non pas la rupture primaire du sac, mais simplement la formation d'un hématosalpinx avec ou sans hématoçèle. »

II. — Rétention de l'œuf.

Le fœtus peut mourir dans la trompe, il subit alors différentes modifications s'il ne produit ni rupture ni hématosalpinx. Il peut soit se macérer, se putréfier et donner alors des accidents redoutables, soit se momifier, se calcifier (lithopædion) et rester ainsi indéfiniment sans produire aucun accident.

III. — Rupture

Mais certainement l'accident le plus fréquent et le plus redoutable qui vient compliquer une grossesse extra-utérine est la rupture du kyste fœtal. Les symptômes en sont toujours très alarmants. Souvent sans cause appréciable, simplement à un moment correspondant à une époque menstruelle, au cours ou à la suite du coït le sac tubaire se rompt.

Cette rupture se produit le plus fréquemment au niveau de la zone d'insertion pariétale, c'est à ce niveau en effet que la paroi du sac est la plus irrégulière comme épaisseur et présente des amincissements marqués.

Une douleur vive dans l'abdomen surprend tout-à-coup la malade ; des irradiations multiples se produisent ; la face est pâle, le pouls est petit, fréquent, filiforme, les extrémités se refroidissent, la femme perd connaissance, la syncope est imminente, des signes d'hémorragie interne se présentent.

L'abaissement subit de la température est un symptôme d'hémorragie abondante.

L'exploration de l'abdomen est douloureuse, quelquefois impossible, le hoquet fait son apparition en même temps que les nausées et les vomissements.

Après la première phase brusque la malade revient à elle, le ventre dur, sensible, ne peut être exploré.

L'intensité de l'hémorragie est très variable suivant les cas et surtout suivant l'âge de la grossesse. Dans les premières semaines, l'hémorragie est plus ou moins abondante. Pendant la deuxième période, la rupture

du kyste peut donner une hémorragie qui peut être foudroyante. Si l'hémorragie n'est pas très abondante, une péritonite subaiguë peut éclater. Si le fœtus est vivant, la péritonite n'est pas fatalement mortelle, si au contraire il est mort et putréfié, la péritonite est presque toujours fatale. Dans la troisième période, lorsque se sont présentés les phénomènes du faux travail, la rupture est beaucoup plus rare, l'hémorragie est alors moins abondante, la péritonite moins accusée.

IV. — Avortement tubo-abdominal.

C'est une complication rare : nous en avons cependant quelques exemples dans nos observations de récidue. Il faut en effet : 1° que l'œuf soit encore petit et 2° que l'orifice abdominal de la trompe soit perméable.

VARIÉTÉS. — La grossesse extra-utérine peut récidiver soit dans la même trompe soit dans la trompe opposée. Mais les cas de récidue dans la même trompe sont rares ; nous avons pu réunir 137 cas de récidives dont 132 dans la trompe opposée et 5 dans la même trompe. Varnier rapportant l'observation de Cœ (obs. 123) conclut que : « la récidue dans la même trompe est chose possible, non seulement dans les cas où la trompe s'est débarrassée de l'œuf ectopique par un simple avortement tubaire, mais même après rupture, même après obstruction du trajet tubaire par un œuf momifié sur place. »

Nous avons pu réunir avec l'observation de Cœ, 4 autres observations de récidue dans la même trompe. Ce qui fait à peu près 5 %.

Nous avons aussi séparé dans un groupe les cas de grossesses utérines intercalées entre deux grossesses extra-utérines (10 obs.). Il faut dire que le plus souvent cette grossesse n'arrive pas jusqu'à terme; cependant il est intéressant de constater, au point de vue pronostic et traitement qu'une femme, peut avoir un enfant entre 2 grossesses ectopiques.

D'ailleurs Funck-Brentano, dans sa thèse, a pu réunir 188 observations de grossesses utérines développées chez des femmes ayant subi une laparatomie par grossesse ectopique. Nous en reparlerons au traitement.

CHAPITRE VI

Pronostic.

Il y a au pronostic trois points intéressants que nous allons examiner successivement :

1° *La fréquence relative des récurrences par rapport au nombre total des grossesses ectopiques ;*

2° *La fréquence par rapport aux grossesses normales postérieures à la première atteinte ;*

3° *La récurrence est-elle plus grave que la première atteinte ?*

I. — Fréquence relative des récurrences par rapport au nombre total des grossesses ectopiques.

Cette fréquence relative est très difficile à apprécier ; il serait pourtant extrêmement utile de pouvoir connaître le risque de récurrence que court une malade déjà opérée pour une rupture de grossesse ectopique.

Considérons les différentes statistiques des auteurs et essayons d'en tirer quelques conclusions. En 1900,

Bailly publie 80 cas de grossesses extra-utérines et il ne relate aucun cas de récurrence ; Schwartz sur 40 cas n'en trouve pas non plus.

K. Reiffarscheid, sur 43 cas opérés à sa clinique de Berne, note 2 récurrences. A Breslau, Kustner le gynécologue allemand, compte, en 1899, 5 récurrences sur 107 extra-utérines. Lejars compte 3 récurrences sur 63 cas. Strepkowski rapporte 37 cas opérés par Neugebauer et trouve 1 récurrence. R.-R. Smith, dans une statistique globale portant sur 2.998 cas trouve 114 récurrences, soit 3,8 %.

Si nous considérons les 80 interventions par hématocele ou grossesse tubaire opérées dans un délai de 6 ans par Albertin à la Charité et parues dans le *Lyon Chirurgical* du 1^{er} avril 1909, nous trouvons 5 cas de récurrence, soit 6,2 %.

Donc, d'après ces différents auteurs, nous voyons que les récurrences, par rapport au nombre total des grossesses ectopiques, est de 5 à 6 %. Bégoin, de Bordeaux, parle de 10 %. Ces récurrences sont donc assez fréquentes, elles doivent même être plus fréquentes, car ces statistiques sont probablement inférieures à la réalité : la plupart des malades ne sont pas revues à date éloignée de la première opération ; parmi elles, un certain nombre peuvent avoir eu des récurrences restées méconnues.

Pour éviter toute cause d'erreur, il faudrait revoir toutes les malades opérées à longue échéance, mais ce pas chose facile.

II. — Fréquence par rapport aux grossesses normales postérieures à la première atteinte.

Il n'est pas très facile non plus de connaître tous les cas de grossesses normales produits après une grossesse extra-utérine. Tous les chirurgiens sont d'accord sur ce point pour déclarer que, fréquemment, ils ont observé de semblables grossesses ; mais aucune statistique précise n'a été faite. Funck-Brentano, dans sa thèse rapporte 188 cas de grossesses utérines. Nous-même rapportons 10 observations de grossesses intercalées entre deux ectopiques. Schuhl trouvait une grossesse extra-utérine récidivée contre 12 normales (1863). Varnier et Legueu, en opposant les 63 cas de récurrence observés dans la thèse de Sens aux 188 cas de Funck-Brentano, trouvent une proportion d'à peu près 1 pour 3. Veit, sur 12 opérées, observe 3 récurrences contre 1 utérine. Durhssen, sur 36 opérées 2 ectopiques contre 2 utérines. Nous ne pouvons pas tirer de conclusion bien nette de ce qui précède ; mais, ce que nous pouvons signaler, c'est que les grossesses utérines succédant aux extra-utérines, sont certainement beaucoup plus nombreuses que les récurrences. Nous en reparlerons au traitement.

III. — La récurrence est-elle plus grave que la première atteinte ?

Nous ne le pensons pas, étant donnée que souvent l'évolution des deux grossesses sont calquées l'une sur l'autre. Mais une rupture de grossesse tubaire est tou-

jours un danger considérable. Dans certains cas, l'hémorragie est cataclysmique, elle entraîne rapidement la mort ; d'autres fois, c'est l'abondance de l'hémorragie qui est la cause indirecte de la terminaison fatale, celle-ci est retardée, mais non empêchée par l'opération.

Une malade qui récidive une grossesse extra-utérine court deux fois le risque d'une mort plus ou moins rapide.

La mortalité, suivant R.-R. Smith, s'élève pour la grossesse extra-utérine récidivante comme pour la première atteinte au chiffre de 13 % (15 morts sur 116 cas).

CHAPITRE VII

Diagnostic.

Le diagnostic de la récurrence est, comme celui de la première grossesse ectopique, rarement posé avant que des complications se soient produites. En effet, les femmes enceintes ne viennent pas ordinairement consulter le médecin avant qu'un accident quelconque ne les avertisse de quelque chose d'anormal. Dans les cas de récurrence, le diagnostic est singulièrement facilité par la malade elle-même ; en effet, dès le moindre accident, la femme ne s'étonne pas, elle a déjà souffert des mêmes douleurs atroces, elle reconnaît les mêmes symptômes pour lesquels elle a déjà subi une intervention, elle fait elle-même le diagnostic de grossesse extra-utérine et vient, comme la malade de l'observation 4 du docteur Delore, réclamer l'assistance du chirurgien.

Nous allons rapidement voir toutes les affections qui peuvent être confondues avec une grossesse extra-utérine ou une récurrence.

Une crise de coliques, l'expulsion d'une caduque, peuvent simuler un avortement (obs. 2, Leriche), mais après cette expulsion, s'il s'agit d'une grossesse ectopique, la tumeur persiste et continue à augmenter ; elle disparaît au contraire s'il y a eu simplement fausse-couche.

Il peut se faire que l'on prenne la grossesse extra-utérine pour hydro, hemato ou pyo-salpinx. En effet, par le toucher et le palper combinés, on trouve une tumeur adjacente à l'utérus. Mais, dans ces cas-là, l'utérus n'est pas augmenté de volume, le col n'est pas modifié et en plus nous n'avons pas de signes de grossesse.

Une salpingite, une retroversion, un fibrome de la face postérieure de l'utérus pourraient en imposer pour une grossesse ectopique, mais l'interrogatoire de la femme permettra le plus souvent d'éclairer le diagnostic ;

Après le sixième mois, le diagnostic devient généralement plus facile. Les signes de certitude, mouvements actifs et bruits du cœur du fœtus, existent alors et la grossesse ne fait pas de doute. Il faut alors bien diagnostiquer la grossesse extra-utérine et ne pas la confondre avec une grossesse normale ; le toucher et le palper combinés permettent souvent de délimiter l'utérus ; en outre, la malade souffre de phénomènes douloureux parfois très vifs qui ne sont pas ordinairement observés dans une grossesse normale. Enfin, la contraction de l'utérus lèvera tous les doutes. Mais la plupart du temps ce sont les complications de grossesse extra-utérine que l'on a à diagnostiquer. Ce n'est que lorsque le kyste fœtal se sera rompu que le médecin sera appelé au chevet de la malade.

Quels sont les accidents que l'on aura alors à diagnostiquer ? L'inondation péritonéale sera facilement reconnue ; il ne faudra pas prendre les phénomènes si foudroyants pour des signes d'empoisonnement, comme il a été fait. L'appendicite peut être aussi mise en cause, mais là nous n'avons pas de signes de grossesse et surtout pas de signes d'hémorragie.

L'hématocèle enkystée est plus difficile à reconnaître surtout si l'on voit la femme quelque temps après son accident. Cependant, les antécédents de la malade et l'évolution de la tumeur mettront rapidement le médecin sur la voie du diagnostic et l'on ne confondra pas ainsi l'hématocèle ni avec une salpingite, ni avec un fibrome utérin.

CHAPITRE VIII

Traitement.

Le traitement de la récurrence est absolument celui de la première atteinte.

Nous allons d'abord traiter rapidement le traitement en général des grossesses extra-utérines ; puis ensuite nous verrons s'il existe des cas où le chirurgien peut se croire autorisé à faire la castration bilatérale.

Nous allons, pour le traitement, résumer une clinique faite sur ce sujet par M. A. Pollosson, professeur de gynécologie à la Faculté.

On peut faire une distinction entre les extra-utérines non rompues en évolution, et les rompues. Que faut-il faire dans le premier cas ? Nous devons considérer le traitement dans la première moitié de la grossesse et dans la deuxième moitié. Il est indiscutable que dans la première moitié de la grossesse, la malade court un très grand danger. Il faut faire une intervention et au plus vite. Cette grossesse est une tumeur maligne qu'il faut extirper dans le plus bref délai. Il faudra donc faire l'ablation de la trompe gravide. Quelles sont les

interventions que nous pouvons pratiquer ? Il y a : 1° les interventions vaginales et 2° les interventions abdominales.

La laparotomie est l'opération de choix ; les indications de la colpotomie, nous le verrons plus loin, ne peuvent se poser que dans des cas d'hématocèles infectées. L'intervention abdominale doit se faire dans tous les autres cas de grossesse extra-utérine.

On pratique une incision médiane ou transversale ; on sent à droite ou à gauche la trompe gravide que l'on doit amener au dehors, on place des pinces. Plus la grossesse est avancée, plus l'opération est difficile. On pédiculise la trompe, on ligature et on enlève les annexes en un bloc. Dans tous les cas qui sont diagnostiqués dans la deuxième moitié de la grossesse, les avis sont bien partagés. Il est des gynécologues, des obstétriciens qui prennent davantage la défense de l'enfant ; il en est d'autres qui n'ont guère en vue que la défense de la mère. Pinard, qui se trouve dans le premier groupé, a dit : Les grossesses extra-utérines qui ont franchi le septième mois, se rompent moins que les autres. Il faut donc attendre : pratiquer l'expectation armée, voici la règle de Pinard. Puis, au voisinage du terme, lorsque les neuf mois sont presque révolus, intervenir par une laparotomie et une césarienne tubaire.

Au contraire, le plus grand nombre des gynécologues, et M. A. Pollosson est avec eux, préconisent l'intervention quel que soit l'âge de la grossesse. Il faut interrompre son cours qui peut être fatal d'un moment à l'autre. Ils se basent sur ce que les ruptures se voient

aussi dans les derniers mois et sur ce que les fœtus nés de grossesses extra-utérines sont très souvent mal formés ; ils sont porteurs de spina bifida, de becs de lièvre, de mains et de pieds bots, de malformations céphaliques ; ce sont des êtres sans grande valeur sociale ; s'ils parviennent à vivre, ils ont un développement imparfait et succombent dans la première année de leur existence. Les efforts pour conserver ces déshérités sont donc complètement inutiles.

Pour M. A. Pollosson, il faut intervenir toujours et tout de suite ; il place la vie de la malade avant la vie très problématique du fœtus.

Que faut-il donc faire ? L'ablation du kyste fœtal dans sa totalité est très difficile et ne peut être pratiquée que par des gynécologues très exercés. La conduite à suivre très simple est de faire une laparotomie, puis il faut inciser le kyste, extirper le fœtus, lier le cordon et pratiquer ensuite la marsupialisation du kyste fœtal. Le placenta, au bout de quelques jours, se décolle de lui-même, la poche se rétracte et la guérison se fait dans l'espace de quelques semaines s'il ne se produit pas d'infection de cette poche. Pour éviter le plus possible les chances d'infection, M. A. Pollosson, après avoir incisé le kyste, enlevé l'enfant, fait la délivrance manuelle du placenta. Le placenta étant enlevé, les chances d'hémorragie sont supprimées ; il suffit alors de drainer, de tamponner la cavité pour voir rapidement s'effectuer son oblitération. Cette intervention est donc relativement facile. Si l'on voulait pratiquer l'extirpation de la poche, il faudrait s'attendre à une opération très délicate qui, en tous cas, serait impossible à faire si l'opération était urgente.

Quel est le traitement que l'on doit opposer aux complications? Lorsqu'une femme est atteinte d'hématocèle, cette collection sanguine se trouve collectée dans le Douglas. Que faut-il faire lorsque cette hémorragie est bien diagnostiquée? Certains médecins préfèrent attendre et guérir la malade par le repos; cette conduite est souvent dangereuse et, plus souvent encore, très mal commode car il faut de longs mois pour voir l'hématocèle se résorber complètement. Cette hémato-celle doit donc être ouverte. Il existe deux voies, la voie vaginale et la voie abdominale. La vaginale ne peut être pratiquée que dans les cas d'hématocèle infectée (Laroyenne); la colpotomie a un grand inconvénient, c'est de n'être pas une opération curative. Dans tous les autres cas, il faut pratiquer une laparotomie, aller sur l'hématocèle, décoller sa paroi, enlever avec la main en cuiller les caillots, de façon à évacuer grossièrement cette poche; ceci fait, il faut chercher la trompe qui a donné naissance à l'hémorragie, la lier et l'extirper. On peut alors pratiquer l'assèchement complet de la poche ou en faire un nettoyage superficiel. Sur ce point, les avis sont très partagés: les uns préconisent une toilette complète, les autres conseillent de laisser tous les caillots, ils se basent sur ce que ces caillots sont résorbés et ainsi offrent tous les avantages d'une transfusion. M. A. Pollosson enlève simplement ce qui pourrait le gêner au point de vue de la recherche de la trompe, il ne s'astreint pas à une toilette trop complète. La chose capitale est l'ablation de la trompe.

Dans les cas très graves d'inondation péritonéale, lorsque la femme devient exsangue et mourante en

quelques heures, que faut-il faire ? Il y a là quelques divergences au point de vue de la conduite à tenir. Quelques chirurgiens disent : il vaut mieux attendre pour reprendre la malade plus tard ; d'autres, au contraire, disent : il faut arrêter l'hémorragie à tout prix. Les uns donc pratiquent l'expectation, les autres l'opération d'urgence.

M. A. Pollosson ne partage pas la première opinion. Il opère le plus vite possible. Plus le cas est grave, plus vite il faut opérer. Il faut alors, dans une intervention rapide, enlever la trompe sans se préoccuper du sang épanché et arrêter ainsi la source de l'hémorragie.

Nous venons de résumer succinctement les idées de M. le professeur A. Pollosson sur le traitement de la grossesse extra-utérine rompue ou non.

Mais ne conviendra-t-il pas, au moment de l'opération, de vérifier l'état des annexes du côté opposé ?

Il serait désirable que l'on puisse voir par la simple inspection si la malade a des chances de récurrence. Mais nous avons vu que l'étiologie des grossesses extra-utérines est toujours très obscure. Il peut se faire que l'on trouve des lésions plus ou moins étendues ; selon le cas, l'on peut alors pratiquer la salpingectomie double. Dans plusieurs de nos observations, les opérateurs ont pensé à se rendre compte de l'état des autres annexes. Plusieurs fois la trompe était saine et fut naturellement laissée (obs. 24, 82, 85, 110). Par contre, dans cinq autres cas, les opérateurs avaient constaté des lésions de la trompe : Boldt (obs. 25) avait observé que la trompe opposée était atteinte de salpingite catarrhale ; Roucaglia (obs. 95) avait soigné la

malade quelque temps auparavant pour de la pelvipéritonite blennorragique ; Falk (obs. 42), Lindeblom (obs. 75) avaient constaté de la périmétrite. Enfin, cas plus intéressant, Frankenthal (obs. 72) avait remarqué sur la trompe opposée les sinuosités de Freund, il avait laissé cependant cette trompe bien qu'il ait prédit la récurrence, chose qui n'a pas manqué de se produire.

Mais en somme, ces cas sont assez rares, et très souvent la trompe opposée est constatée saine.

Il ne faut donc pas par terreur de la récurrence faire comme certains chirurgiens américains, pratiquer dans tous les cas l'extirpation bilatérale des annexes. De plus nous avons vu que souvent une grossesse extra-utérine était suivie d'une utérine. Nous n'avons qu'à rappeler nos dix observations de grossesse utérine intercalée entre deux extra-utérines et les 188 observations de Funck-Brentano.

Lorsqu'une jeune femme présente un cas de grossesse extra-utérine et qu'au moment de l'opération les trompes du côté opposé sont saines ou très peu atteintes il ne faudrait pas, sous prétexte d'enlever à la malade toute chance de récurrence, lui enlever aussi toute chance de grossesse.

Cependant l'on peut se demander dans les cas où l'autre trompe présente des lésions très manifestes telles que malformations, sinuosités, salpingites, hydrosalpinx, s'il ne faut pas pratiquer une salpingectomie double. Certains auteurs ont attribué comme nous l'avons vu, la grossesse extra-utérine et sa récurrence à des lésions bilatérales et similaires des trompes. D'autres auteurs nient catégoriquement aux lésions des trompes toute

action dans la production de la grossesse extra-utérine et de sa récurrence en se basant sur ce fait qu'il faut qu'une trompe soit très saine pour être le siège d'une grossesse extra-utérine ; et qu'ainsi un œuf ne peut pas se greffer dans une trompe malade. Mais l'on pourrait répondre à ces derniers que si cet organe malade ainsi obstrué entièrement ou en partie ne peut pas être atteint d'une grossesse extra-utérine, il ne pourra pas livrer passage à l'ovule ; il est donc inutile et peut-être même parfois nuisible par les accidents qu'il peut provoquer ultérieurement.

Donc, l'on peut dire que si une trompe est constatée très malade, il n'y a pas grand inconvénient à pratiquer son ablation.

Si, de plus, les trompes malades sont constatées chez des femmes qui approchent de la ménopause et qui ont eu plusieurs enfants, il n'y aura pas grande hésitation à avoir, la salpingectomie double est indiquée. Nous avons vu, d'ailleurs, que la grossesse extra-utérine et sa récurrence se produisaient surtout chez des femmes d'un certain âge. Cependant, parmi les patientes de ces catégories, celles qui arrivent à l'opération dans un état d'anémie extrême plus semblables à des mortes qu'à des vivantes, sont justiciables de la simple salpingectomie.

Chez les femmes plus jeunes, on peut se demander s'il ne faut pas faire des opérations conservatrices, telles que la salpingostomie. Dans une thèse de Lyon (1912), inspirée par M. le docteur Violet, chef de clinique gynécologique, l'auteur Denave rapporte plusieurs cas de salpingostomie suivis de grossesses

utérines. Ne faudrait-il donc pas, lorsqu'à une première grossesse extra-utérine l'on constate la non intégrité des autres annexes, penser à des opérations conservatrices telles que la salpingostomie ? Rétablir la perméabilité de la trompe et permettre ainsi à une femme l'espoir d'une grossesse utérine, serait la ligne de conduite du chirurgien.

En résumé, en face d'une première atteinte de grossesse extra-utérine, le rôle du chirurgien sera d'extirper la trompe opposée.

Si la trompe est manifestement saine, il n'y a pas d'hésitation à avoir, il faut la conserver.

Si la malade approche de la ménopause et qu'elle ait eu plusieurs enfants, et que, d'autre part, les trompes opposées soient atteintes de lésions très importantes, le chirurgien pourra pratiquer la salpingectomie bilatérale.

Mais si la femme est jeune, que, de plus, elle désire vivement la maternité, il faut penser à la salpingostomie.

CHAPITRE IX

PREMIER GROUPE D'OBSERVATIONS

Récidives dans la Trompe apposée

OBSERVATION I (inédite)

Due à l'obligeance de M. le professeur agrégé LERICHE.

M^{me} D..., 37 ans, demeurant rue de l'Université, 53, Lyon, a eu deux enfants; habituellement bien portante. Dans ces derniers temps, bronchite équivalente à un foyer de tuberculose pulmonaire du côté droit. Entre le 3 mai 1911 dans le service de M. le professeur Poncet, salle Sainte-Anne, pour des accidents abdominaux aigus. Ayant eu un retard de deux mois, elle a fait il y a dix jours des tentatives d'avortement par manœuvres intra-utérines. Trois jours après, douleurs abdominales syncopales, ballonnements, arrêt des gaz. On a le tableau complet d'une occlusion intestinale avec *péristaltisme*. Au toucher vaginal on trouve l'utérus un peu gros, dans le cul-de-sac de Douglas, sensation d'empâtement très particulière. Ventre mou, température : 38°5. Il semble s'agir d'une hémorragie intra-péritonéale.

Le 3 mai, laparotomie sous-ombilicale. Le ventre est plein de sang, la trompe gauche est rompue, un fœtus adhérent au placenta est encore dans la trompe. Salpingecto-

mie unilatérale, fermeture à trois plans sans drainage. Durée 12 minutes.

Suites opératoires très simples malgré une poussée de bronchite avec crachats purulents; un examen médical diagnostique l'existence probable d'une caverne; malgré cela guérison normale. Histologiquement, villosités chorionales non douteuses dans la trompe.

Un an après, en mai 1912, la malade qui se portait bien jusque-là a une suspension de règles et éprouve quelques malaises généraux vagues. En juin elle a quelques pertes rouges; en juillet, même état. Mais le 14 juillet recrudescence de l'hémorragie et augmentation des douleurs.

Le 21 juillet, ictus abdominal; elle entre d'urgence à l'Hôtel-Dieu. M. Tavernier la voit comme chirurgien de garde, constate une masse empâtée sur le Douglas et fait le diagnostic probable de grossesse extra-utérine rompue; il envoie la malade dans le service de M. le professeur Poncet où le 23 juillet je fais une nouvelle laparotomie, qui montre le petit bassin plein de caillots noirs, la trompe droite est grosse comme une mandarine, violacée, distendue à l'excès; en un point elle porte une toute petite perforation arrondie d'où s'écoule du sang. Ablation de la trompe qui renferme un placenta. Fermeture de la paroi à trois plans. Guérison sans incidents.

OBSERVATION II (inédite)

Due à l'obligeance de M. le professeur agrégé LERICHE.

1908-1909. — *Symptômes de grossesse extra-utérine.*
1912. — *Grossesse tubaire de deux mois et demi. — Avortement intra-abdominal après rupture de la trompe. — Hématocèle énorme enkystée. — Ablation par voie abdominale avec hystérectomie.*

M^{me} Ch..., 29 ans, entre à l'hôpital le 19 décembre 1912 parce qu'elle souffre du ventre et qu'elle a des hémorragies.

Rien de particulier dans les antécédents héréditaires : père et mère encore vivants, assez bien portants. Un frère et deux sœurs en bonne santé.

Réglée à 15 ans toujours régulièrement, s'est mariée à 18 ans, a une fille âgée de 7 ans bien portante. Il y a quatre et trois ans, retard de règles d'environ 3 semaines chacun. avec quelques coliques ; hémorragies, caillots. Le médecin parla d'avortements.

En octobre 1912, dernières règles, ne reviennent pas en novembre. La malade ne s'inquiète pas outre mesure et se croit enceinte, d'autant qu'elle éprouvait quelques fatigues et quelques picotements des seins.

Puis, il y a quatre semaines, à la fin de novembre, elle a été prise un soir subitement de violentes douleurs dans le bas-ventre, surtout du côté gauche et a eu en même temps une petite hémorragie. Depuis ce moment la malade n'a pas cessé de souffrir, de façon intermittente et a présenté de petites pertes de sang rouge sans caillots. La malade reconnaît les mêmes symptômes dont elle a souffert en 1908 et en 1909.

Pendant trois semaines environ elle a pu continuer à travailler chez elle. Mais il y a huit jours, les douleurs sont devenues plus violentes, plus fréquentes ; elle a eu deux vomissements et n'a pu s'alimenter depuis qu'avec quelques liquides. Les pertes rouges ont un peu augmenté et se produisent sous forme de suintement sanguin continu.

A l'examen on trouve un ventre ballonné, bombant un peu en avant, très sensible surtout au niveau de la fosse iliaque gauche. A cet endroit la moindre pression provoque une vive douleur et la contraction de la paroi : on perçoit une masse non mobile du volume d'une tête d'enfant environ, qui semble plonger dans le petit bassin.

Au toucher le cul-de-sac postérieur bombe et l'utérus est refoulé par une volumineuse collection rétro-utérine. Le col utérin est immédiatement derrière le pubis, mou et un

peu entr'ouvert. La pression du cul-de-sac gauche provoque une vive douleur.

Il s'écoule par le col utérin un peu de sang noirâtre et de petits caillots.

Les seins gonflés, durs présentent une aréole très pigmentée. La pression fait sourdre par le mamelon un peu de colostrum.

Etat général assez bon. La température est à 38°, le pouls à 100. Ictère léger mais net de tout le corps et des conjonctives.

21 décembre 1912. Intervention (docteur Leriche).

Diagnostic. — Il faut interpréter les deux fausses couches d'il y quatre ans et d'il y a trois ans comme de petits avortements tubaires; les symptômes furent identiques en petit à ceux de l'accident actuel. La malade dit même que sa maladie date de quatre ans et qu'elle a eu trois épisodes aigus.

Actuellement il s'agit évidemment d'une rupture de grossesse tubaire avec hématocele consécutive; la grossesse datant du début d'octobre.

Une laparotomie médiane sous anesthésie à l'éther mène sur des anses grêles agglutinées entre elles d'un grand voile péritonéal qui va aboutir au sommet de l'utérus qui est très augmenté de volume.

Le ventre étant protégé par des compresses, ces adhérences sont rompues, et il s'échappe un flot de caillots; il y en a environ un grand bol. La main plonge alors sous les annexes droites et ramène le bloc salpingo-ovarien qui présente tout l'aspect d'une rupture tubaire au niveau d'un placenta. Les annexes du côté opposé sont malades, le pavillon est fermé, l'utérus étant volumineux on décide de tout enlever pour éviter le retour de nouveaux accidents.

Hystérectomie abdominale subtotala sans incident. Le cul-de-sac de Douglas est noirâtre, comme badigeonné de raisiné. On péritonise à l'aide de l'S iliaque suturé au péritoine vésical puis avec l'épiploon et on referme sans drainage.

Examen des pièces : elles comprennent : 1° un utérus dont le volume est celui d'un utérus en état de gestation de deux à trois mois ; 2° une trompe et un ovaire gauches enfouis sous des adhérences, la trompe est complètement oblitérée, l'ovaire kystique ; 3° une trompe droite avec rupture en deux endroits renfermant un bloc de caillots et un placenta.

17 janvier 1913. — Guérison.

OBSERVATION III (inédite)

Due à l'obligeance de M. le Dr X. DELORE, chirurgien
des hôpitaux de Lyon.

*Hématocèle vaginale traitée par la colpotomie en 1891. —
Rupture de grossesse tubaire en 1901 (docteur DELORE).*

M^{me} V..., âgée de 31 ans, a été opérée en 1891 par M. Ricard, dans le service du professeur Verneuil, pour une hématocèle vaginale ; on fit une incision du cul-de-sac postérieur du vagin.

Le 19 novembre 1901, M. Delore était appelé auprès d'elle pour de graves accidents abdominaux. Cette femme avait un arrêt de règles depuis deux mois, il existait du gonflement des seins et une pigmentation des seins et de la ligne blanche, en somme, des signes de présomption d'une grossesse, lorsque le 18 novembre, à 10 heures du matin, elle ressentit une douleur brusque dans le ventre et tomba en syncope. Le 19 novembre, les signes d'anémie étaient des plus accentués, les muqueuses étaient décolorées, on notait des vertiges et du délire, un pouls battant 110 pulsations à la minute. Les symptômes s'aggravaient d'heure en heure. Température : 38°. Au toucher vaginal, tuméfaction du cul-de-sac antérieur.

M. Delore fit une laparotomie médiane sous-ombilicale par laquelle furent retirés plus de 3 litres de sang et de sérosité sanglante. Les caillots étaient rouges, indiquant déjà la continuation de l'hémorragie. La trompe droite, du volume d'une orange était fissurée vers son tiers externe et par l'orifice le sang bavait. La trompe fut enlevée entre deux pinces, laissées à demeure pour gagner du temps.

L'opérée guérit rapidement.

Deux ans après, elle se décida à se faire opérer d'une éventration consécutive au drainage. M. Delore fit la cure radicale de l'éventration et put constater à ce moment l'absence des annexes droites; quant aux annexes gauches, elles étaient atrophiées, méconnaissables. La trompe gauche en particulier était réduite à un cordon filiforme adhérent dans le Douglas. L'opérée n'avait plus ses règles depuis son accident de 1901.

OBSERVATION IV (inédite)

Due à l'obligeance de M. le Dr X. DELORE, chirurgien
des hôpitaux de Lyon.

*Avortement tubaire gauche. — Salpingectomie. — Rupture
de grossesse tubaire droite. — Mort.*

F..., 34 ans, ayant un retard de règles d'un mois, est prise le 15 janvier 1904 d'une douleur abdominale avec léger météorisme. Le 10 février suivant, les mêmes accidents se reproduisent plus intenses, s'accompagnant de vomissements, pouls à 140 et de lipothymie. La première fois la douleur siégeait à gauche; la seconde fois elle était à droite, si bien qu'on pouvait penser à une appendicite. Mais la malade avait des pertes noirâtres; en associant les phénomènes abdominaux à ces signes génitaux le diagnostic posé fut avortement tubaire ou rupture de grossesse tubaire.

Le 15 février 1904, M. Delore, après laparotomie sous-ombilicale, enleva la trompe gauche atteinte d'hématome.

Il y avait 5 à 6 cuillerées de sang noirâtre dans le Douglas. Suture complète de la paroi.

L'opérée guérit simplement.

8 janvier 1906. — Près de deux ans après l'opération, cette femme mourait en douze heures des suites d'une rupture de grossesse tubaire.

Depuis deux mois, ses règles étaient devenues irrégulières, elle accusait des malaises abdominaux qu'elle n'hésitait pas à considérer, surtout pendant les huit derniers jours, comme relevant d'une grossesse ectopique; car elle les avait déjà ressenties lors de la première maladie. Au toucher vaginal l'utérus paraissait un peu gros; mais en raison d'un enbompoint exagéré, les sensations restaient trop confuses pour dire grossesse utérine ou grossesse tubaire. Pigmentation des seins et de la ligne blanche.

On attendait donc pour trancher le diagnostic et poser une indication opératoire, lorsque, le 8 janvier 1906, à 7 heures du matin, la malade ressentit une douleur abdominale bientôt suivie d'accalmie. Elle se leva, mais à 10 heures du matin elle fut prise d'une nouvelle douleur horrible suivie de syncope et de vomissements verdâtres. M. Delore ne la vit qu'à 4 heures du soir. Elle était d'une pâleur cadavérique, absolument exsangüe. Le pouls n'était déjà plus perceptible, la température était tombée à 36°1. Il existait du ballonnement du ventre. Au toucher vaginal on sentait le col un peu entr'ouvert et il s'en écoulait du liquide noirâtre.

Mort à 8 heures du soir.

OBSERVATION V

ALBERTIN et DESGOUTES. — De la grossesse tubaire.

(*Lyon Chirurgical*, 1^{er} juillet 1909).

B..., 24 ans. Entrée le 2 juillet 1908. Pas d'accouchement, pas de fausse couche. Elle a été opérée il y a trois ans d'une hématocele, par M. Pollosson.

Règles habituellement très régulières, un peu douloureuses au début. Retard de règles de deux mois; les dernières règles sont venues le 5 mai 1908.

La malade a eu brusquement, le 2 juillet 1908, à 9 heures du matin, une très vive douleur abdominale, avec phénomènes syncopaux très graves qui sont allés en s'aggravant les heures suivantes.

Elle a vomi abondamment, son abdomen s'est distendu, la malade a souffert énormément et par intervalles.

Elle est amenée le même jour à 3 heures de l'après-midi, présentant un état général de la plus haute gravité : pâleur extrême, tendances syncopales, pouls très faible, mais perceptible, rapide 140. Respiration très accélérée et superficielle.

Très petite hémorragie externe. Abdomen très distendu, bombant à l'épigastre. Gros refroidissement des extrémités.

La malade a reçu une injection de sérum de 300 grammes environ, avant d'être envoyée à l'hôpital. Temporisation.

Dans le service, on lui fait une injection de caféine, puis un demi-centigramme de morphine. Glace.

Pendant les heures qui ont suivi elle a paru s'améliorer sensiblement, mais de nouveau, dans la nuit du 2 au 3 juillet, l'état a paru s'aggraver.

La malade a été vue par M. Laroyenne et divers chirurgiens de garde, et de nouveau, l'indication d'une intervention d'urgence leur a paru se poser. Le pouls était très faible, le refroidissement périphérique plus accentué. M. Albertin prescrit l'abstention.

La malade a d'ailleurs eu plusieurs crises pendant lesquelles elle pâlisait bien plus; son pouls devenait encore plus faible. Rien de nouveau, la face se colorait un peu plus.

3 juillet. — L'état est nettement meilleur ce matin. La malade a cependant vomi les quelques cuillerées de liquide glacé qu'on lui a données, mais son pouls est devenu meilleur, 120 et son facies, très décoloré, est cependant amélioré.

Abdomen très distendu. Douleurs abdominales ont persisté toujours par intervalles. La malade n'a pas de vents. On a dû la sonder et on a retiré un demi-verre d'urine.

6 juillet. — Etat très nettement amélioré. Depuis le 4 juillet, la malade n'a plus vomi. Elle a eu des vents et une selle. On est toujours obligé de la sonder, mais les urines sont abondantes.

Le pouls est maintenant très bon, 104, de bonne tension. ne souffre plus spontanément. La malade est allée à la selle. Elle s'alimente suffisamment. Pouls, 96. Facies bon, un peu plus coloré. Le ballonnement du ventre a cessé. La malade souffre peu et uniquement dans la fosse iliaque droite.

8 juillet. — Etat général très satisfaisant.

9 juillet. — Intervention par M. Albertin, qui trouve après la laparotomie, du sang en partie en caillots, en partie non coagulé. Il n'y a pas d'enkystement. La quantité du sang et caillots retirée est de 500 grammes.

L'examen de la pièce enlevée, trompe et ovaire du côté droit, montre qu'il s'agit d'une grossesse tubaire. L'œuf est placé au niveau de l'isthme, à 1 centimètre environ de l'orifice utérin de la trompe. La rupture a eu lieu à la face postérieure, où on voit une fissure des parois avec tout autour une infiltration sanguine, L'ovaire est sain. Il y a cependant un tout petit kyste.

Du côté gauche (côté de l'opération faite il y a trois ans par M. Pollosson), M. Albertin constate la disposition suivante : l'ovaire est sain, la trompe est réduite à un cordonnet qui a presque la longueur normale, si bien qu'il paraît manquer tout simplement le pavillon de la trompe, ce qui permet de conclure qu'il s'agissait précédemment, très certainement, d'une hémorragie.

10 juillet. — Suites opératoires excellentes; ce soir, température 37°6. Pouls 104. Facies excellent et déjà coloré.

Guérison sans incidents. Sortie le 4 août 1908.

OBSERVATION VI

ALBERTIN et DESGOUTTES. — De la grossesse tubaire.
(*Lyon Chirurgical*, 1^{er} avril 1909).

J... Jeanne, 25 ans. Hématocèle rétro-utérine. Grossesse tubaire gauche. Castration avec hystérectomie subtotale, 13 septembre 1907.

Opérée il y a dix-huit mois pour hématocèle (M. Tixier). Vient à l'hôpital pour des douleurs et des pertes rouges. Pas d'ictus abdominal.

Au toucher : utérus gros dévié à droite par une masse occupant tout le côté gauche. On sent, dans le Douglas et à gauche, une masse ovulaire rénitente accolée à l'utérus.

Laparotomie. Epiploon étalé sur les organes du petit bassin. Anses intestinales ecchymotiques, sang libre dans l'abdomen. Grosse poche hématique qui se rompt pendant les manœuvres. A droite, l'ovaire et la trompe manquent (enlevés dix-mois avant pour grossesse tubaire droite). On aborde l'utérus par la droite. On fait une hystérectomie subtotale. Nettoyage du Douglas. Pas de péritonisation. Pas de drainage. Sort guérie, vingt-trois jours après.

OBSERVATION VII

ALBERTIN et DESGOUTTES. — De la grossesse tubaire.
(*Lyon Chirurgical*, 1^{er} avril 1909).

V... Jeanne, 35 ans. *Deux grossesses tubaires.* — *Hématocèle* (1902) : *Colpotomie.* — *Ablation des annexes gauches* (M. BÉRARD). — *Récidive* (1906) : *Laparotomie.* — *Ablation des annexes droites* (ALBERTIN). — *Guérison.*

1902. — Hématocèle ayant bien guéri par opération vaginale. On a enlevé la trompe gauche.

1906. — Retard de règles. Vient à la Charité pour douleurs et pertes jus de pruneaux. On sent à droite une petite masse mobile, peu douloureuse. Le 1^{er} juillet, expulsion de la caduque.

11 juillet : *laparotomie*. — Trompe droite libre, grande, ecchymotique. Un peu de sang dans le bassin. A peine quelques adhérences à l'S iliaque. On enlève les annexes droites, on conserve l'utérus qu'on fixe sur le ligament rond. Pas de drainage.

Sort guérie, seize jours après.

OBSERVATION VIII

ALBERTIN et DESGOUTTES. — De la grossesse tubaire.

(*Lyon Chirurgical*, 1^{er} avril 1909).

C..., Henriette. *Grossesse tubaire : Colpotomie*, 3 octobre 1905. — *Ablation de l'ovaire et trompe droite*. — *Grossesse tubaire gauche : Laparotomie*, 23 avril 1906. — *Hystérectomie subtotale*.

Première grossesse (1905). — Retard léger. Vient à la Charité pour douleurs. Grosse trompe droite occupant le Douglas.

Colpotomie. — Ablation des annexes droites. On constate grossesse tubaire isthmique en voie d'avortement.

Pas de fissuration. /

Guérison sans incident.

Deuxième grossesse (1906). — Entre pour des douleurs à gauche. L'utérus est gros, non douloureux. Grosse trompe gauche.

Laparotomie. — Adhérences épiploïques aux organes génitaux et à l'anse sigmoïde. La trompe gauche contient un sac fœtal. Hystérectomie subtotale. Péritonisation avec côlon sigmoïde. Pas de drainage. Suites simples. Guérison rapide.

OBSERVATION IX

ALBERTIN et DESGOUTTES. — De la grossesse tubaire.
(*Lyon Chirurgical*, 1^{er} juillet 1909.

G..., 32 ans. A été soignée en 1906 dans le service de M. Pollosson, à Sainte-Thérèse, pour une affection caractérisée par une douleur brusque dans l'abdomen suivie d'une perte qui aurait duré deux mois, probablement grossesse tubaire.

Menstruation en juin, puis le 16 juillet, métrorragies jusqu'au 1^{er} août. Le 3 août, ictus abdominal, syncope, pertes brunâtres. Entre à la Charité le 6 août 1908. Etat grave, est examinée dans son lit, tout mouvement provoquant des syncopes. Massé dans le Douglas paraissant déborder à gauche.

Laparotomie, le 19 août 1908. Ablation de la trompe gravide et rompue, au milieu de caillots. Pas de drainage.
Sort guérie, le 6 septembre 1908.

OBSERVATION X

(*Journal de Chirurgie et Annales de la Société Belge de Chirurgie*,
novembre 1912.)

Dr MOREAU (Hôpital St-Pierre, service de M. le Dr VAN ENGELÉN).

Récidive de grossesse extra-utérine rompue.

Hortense G..., âgée de 29 ans. Premières règles à 16 ans, régulières, durée huit jours, abondantes, avec caillots peu nombreux, douloureuses (dans la région lombaire).

Pas d'enfant. Une fausse couche, il y a un an, de deux mois, sans suites.

Leucorrhée peu abondante depuis trois ans et demi; miction normale, constipation peu prononcée.

Dernières règles cinq semaines avant l'entrée à l'hôpital, soit le 18 août 1910, normales.

Etant en retard de règles de huit jours, la malade a placé une sonde, le lundi 26 septembre, qu'elle a retirée après cinq minutes. N'a pas eu d'écoulement de sang, pas de douleurs.

Le 27, a travaillé normalement; à midi, douleur brusque, très vive dans tout le ventre, avec nausées, vomissements alimentaires, tendances syncopales, vertiges.

Ces symptômes ont persisté en s'aggravant.

Syncope dans la nuit du 27 au 28.

Examen de la malade. — Facies exsanguë, yeux cernés, battement des ailes du nez. Pouls, 30 au quart; respiration, 8 au quart.

Ventre météorisé, matité du foie disparue presque totalement. Ventre douloureux à la pression.

Au toucher, col utérin fermé, assez dur., en position normale. Dans le cul-de-sac gauche, empâtement diffus de consistance butyreuse. On ne perçoit pas le col utérin.

Traitement : 28 septembre 1910. — Opération d'urgence. Narcose chloroformique. Soins aseptiques habituels. Position de Trendelenburg.

Laparotomie médiane sous-ombilicale. Le péritoine ouvert, le petit bassin apparaît rempli de caillots noirâtres, qu'on évacue à pleines mains.

Le ventre étant protégé par de grandes compresses, l'utérus (lequel est gros, de teinte violacée), saisi dans une pince spéciale sans dents, on reconnaît que l'origine de l'hémorragie se trouve dans la trompe gauche. A 1 centimètre de son implantation à l'utérus se trouve une bosselure grosse comme une grosse fève, avec une ouverture de 5 millimètres de diamètre environ. Cet orifice ne suinte plus : l'hémorragie s'est arrêtée spontanément. L'ovaire gauche a le volume d'une grosse noix, il est kystique.

Une ligature transfixe le ligament infundibulo-pelvien gauche, une seconde la trompe à son origine. On sectionne ensuite l'annexe en deçà des ligatures et l'on enlève la trompe et l'ovaire gauche ensemble. Hémorragie de l'anse anas-

tomotique artérielle entre l'utérus et l'utéro-ovarique; un point de suture au catgut pénétrant dans le tissu utérin, au-dessus et au-dessous, est placé et l'arrête définitivement.

On constate qu'il n'y a pas eu de perforation utérine par la sonde introduite par la malade dans un but abortif; l'annexe droite est normale.

Le Douglas est incisé aux ciseaux, un drain de caoutchouc y est placé et fixé.

La malade étant replacée dans une position horizontale, on éponge le sang liquide collecté en grande quantité dans les deux fosses iliaques. L'appendice est sain rétro-cæcal, à extrémité adhérente. Suture de la paroi en quatre plans : péritonéal, par surjet au catgut; musculaire, par surjet au catgut; aponévrotique, par surjet au catgut; peau, au crin points séparés.

Injection de 1 litre de sérum artificiel.

La nuit suivante, suintement sanguin abondant par le drain.

29 septembre. — Injection de sérum gélatiné, 250 grammes; n'a plus eu de vomissements. Pouls encore rapide (30 au quart) plus tendu; respiration, 8 au quart.

30 septembre. — L'hémorragie a cessé depuis l'injection de sérum. Pouls bien tendu. Etat général bon. Tendances nauséuses persistantes. Un lavement, une selle.

1^{er} octobre. — Etat satisfaisant.

9 octobre. — Enlèvement des fils. Réunion *per primam*.

Description anatomo-pathologique : A 1 centimètre de son insertion à l'utérus, la trompe gauche est dilatée, formant tumeur du volume d'une amande, déchirée sur un espace de la dimension d'un pois. L'orifice est obturé par un caillot noir qui remplit toute la cavité de la tumeur.

Ovaire scléro-kystique.

Epanchement sanguin liquide dans les deux fosses iliaques; caillots noirs très volumineux remplissant le petit bassin.

Depuis 1910, l'opérée a toujours été bien portante. La menstruation s'est rétablie régulièrement, tous les 28 jours, durant de cinq à sept jours à chaque période, sans douleurs. Leucorrhée assez abondante.

Le 16 juin 1912, les dernières règles normales se sont établies. Vers le milieu de juillet, la malade a éprouvé une vive frayeur (explosion de réchaud à pétrole et début d'incendie) à laquelle elle attribue l'apparition des troubles décrits ci-dessous.

Les règles qui devaient survenir à cette date n'ont pas eu lieu; la malade a perdu quelques gouttes de sang pendant un jour, à deux ou trois reprises pendant la semaine suivant l'incendie. Elle ne ressentait aucun trouble et s'est crue enceinte. Vers la mi-août, la menstruation reparut avec son abondance et sa durée normales; il y eut élimination de fragments de membranes. Les troubles étaient si peu accentués que la malade travaillait sans difficulté. Le début des symptômes actuels a été foudroyant.

Le samedi 24 août, vers 4 heures après-midi, la malade était occupée à ses besognes ménagères habituelles; elle lavait la vaisselle sans ressentir aucun trouble ni malaise prodromique. Brusquement elle ressentit une douleur excruciante dans la région hypogastrique avec prédominance à droite. Elle dut cesser instantanément son travail et s'aliter aussitôt, n'ayant même plus la force de se déshabiller elle-même. Tendances nauséuses et syncopales; la malade n'a point perdu connaissance. Elle n'a pas eu de vomissements. La douleur a persisté depuis lors s'exacerbant au moindre mouvement jusqu'à arracher des cris à la malade; l'application de glace sur le ventre réussit à peine à atténuer cette douleur. La malade avertie par le souvenir de sa première grossesse extra-utérine, se rend compte elle-même de la similitude des symptômes et de leur gravité, et soupçonne la récurrence de cette affection.

Examen de la malade. — Nous trouvons à 9 h. 1/2 du soir une femme fortement anémiée, aux yeux excavés et

cernés. Le pouls est à 80, petit, régulier; la respiration est à 40. Le ventre est modérément ballonné; il est pourtant dépressible, mais la palpation même légère est très douloureuse dans toute la zone hypogastrique; l'hyperesthésie est un peu plus marquée dans la fosse iliaque droite. On ne constate pas de défense musculaire bien nette. Cette palpation, quoique conduite avec délicatesse, provoque une crise d'exacerbation douloureuse très violente.

Au toucher, on sent le col utérin peu volumineux, non ramolli, non entr'ouvert; il est fortement dévié à droite. Les culs-de-sac latéraux sont très douloureux au palper; on n'y perçoit ni tumeur, ni collection liquide, ni masse empâtée. Dans le cul-de-sac antérieur, il semble exister une tumeur mal délimitée, mollassse. Le toucher bimanuel ne peut être pratiqué à cause de la douleur à la pression de l'abdomen.

Les commémoratifs et les symptômes actuels permettent de poser le diagnostic de grossesse ectopique rompue. L'intervention est décidée; la malade est transportée immédiatement à la clinique; l'opération est commencée à minuit (premier coup de bistouri), soit donc huit heures après la rupture.

Le 24 août 1912, opération : ovaro-salpingectomie droite.

Anesthésie chloroformique. Position légèrement inclinée (bassin surélevé).

Laparotomie médiane sous-ombilicale; l'incision cutanée traverse la cicatrice de la précédente opération; les couches profondes sont divisées un peu à droite de la ligne médiane (aponévrose, muscle grand droit dont les fibres sont dissociées longitudinalement, aponévrose profonde).

Le grand épiploon adhère à la cicatrice antérieure, il est partiellement libéré et le petit bassin est découvert. Un flot de sang s'en échappe provenant du côté droit; très peu de caillots.

La main recherche immédiatement la trompe droite, où l'on reconnaît la poche de grossesse ectopique), le ligament

infundibulo-pelvien est saisi et comprimé entre les doigts; une pince clamp est placée sur ce ligament, ce qui arrête l'hémorragie; une pince de Péan est placée à l'insertion utérine de la trompe. On achève dès lors d'éponger le sang liquide et d'enlever quelques caillots figés dans le Douglas. La masse intestinale est refoulée et protégée par des grandes compresses.

L'utérus est volumineux, gros comme une orange. La trompe et l'ovaire droits sont enlevés par quelques coups de ciseaux. On pince et sectionne une bride d'adhérences s'étendant du côlon pelvien à l'ovaire, ayant la forme et le volume d'un crayon et qu'on interprète comme une frange graisseuse ayant subi une transformation conjonctive. Il existe une autre bride analogue s'insérant au ligament large gauche.

Hémostase. Suture des deux feuillets du ligament large par un surjet au catgut.

La malade est replacée horizontalement; le sang liquide collecté dans les deux flancs reflue de derrière le cæcum et l'S iliaque; on éponge par une grande compresse portée jusque sous le foie, et, à gauche, sous la rate. Le petit bassin est débarrassé des dernières traces de sang et de caillots.

L'appendice long, rétro-cæcal, adhérent par son extrémité, paraît entièrement sain et n'est pas enlevé.

Suture de la peau en quatre plans de surjet : au catgut pour le péritoine, le muscle, l'aponévrose antérieure, à la soie pour la peau. Pas de drainage. Pansement aseptique.

Injection de sérum artificiel : un demi-litre dans la cuisse, un demi-litre en injection intraveineuse (céphalique). Durée : trois quarts d'heure.

Evolution ultérieure. — La guérison s'effectua sans incident autre qu'une petite collection séro-sanguinolente de la paroi, qui dut être évacuée et retarda quelque peu la cicatrisation complète. L'opérée quitte l'institut le treizième jour.

Examen anatomo-pathologique de la pièce enlevée : la grossesse ectopique siège dans la partie interne de la trompe droite ; à partir de l'insertion utérine, on trouve un centimètre de trompe normale, puis commence la dilatation brusque de la grossesse ectopique. Celle-ci a le volume d'un œuf de pigeon, à petite extrémité dirigée vers le pavillon ; sa coloration est noirâtre par transparence du contenu sanguin à travers la paroi amaïncie. A la partie supérieure de l'œuf existe un orifice de rupture, irrégulier, comparable à une fissure transversale dont les lèvres s'écartent en bâillant et de la dimension d'une pièce de cinquante centimes. A l'endroit de la rupture, la paroi est réduite à une mince pellicule.

Le contenu de la poche consiste uniquement en des caillots noirs ; l'embryon n'est pas concentré.

Dans son tiers externe, la trompe est normale, ainsi que le pavillon.

L'ovaire est légèrement augmenté de volume ; il est scléro-kystique et montre deux petits kystes séreux à son pôle interne, tous deux du volume d'un pois. A sa partie externe, un gros kyste du volume d'une noisette à contenu sérofibrineux.

OBSERVATION XI

(In thèse PAYEN, Lyon 1898-99).

Communiquée par M. le professeur agrégé A. POLLOSSON.

Résumé. — Le 19 octobre, grossesse extra-utérine. — Trompe gauche déchirée. — Incision vaginale. — Le 4 janvier 1898, deuxième grossesse extra-utérine et deuxième opération : la trompe et l'ovaire droits sont enlevés. — Guérison.

M^{me} M..., 27 ans, réglée à 18 ans, est mariée depuis dix mois. Ni fausses couches, ni grossesse. Entre à l'hôpital le 29 septembre 1896 et se plaint d'avoir ressenti dans la nuit

des douleurs très aiguës siégeant surtout dans l'hypogastre, avec irradiations lombaires et sur le trajet des sciatiques. Ces douleurs, très intenses, sont continues. Pas de pertes.

L'examen local montre un utérus augmenté de volume, refoulé en avant et à droite, et dans le cul-de-sac postérieur et un peu à gauche, une tuméfaction molle et douloureuse du volume d'une petite mandarine, mais qui augmente les jours suivants. La température se maintient à 38°.

Le 19 octobre, on fait une ponction et une incision vaginale dans le cul-de-sac postérieur, de la largeur de trois doigts. Il s'écoule du sang noir et de gros caillots moins noirs. On sent alors la trompe déchirée dont la paroi interne est nettement lisse et qui renferme une masse de la grosseur d'un œuf, que, une fois décollée et enlevée, l'on reconnaît être une masse placentaire.

La malade est bien portante, le 21 novembre 1896.

Le 21 décembre 1897, M^{me} M..., revient à l'hôpital. Elle n'a pas eu de règles depuis le 20 septembre et depuis le commencement de décembre, elle perd du sang mélangé d'eau, surtout après les mictions, qui sont douloureuses. Elle accuse dans le bas-ventre une douleur spontanée, exaspérée par la pression.

Au toucher, on sent une tuméfaction indurée dans le cul-de-sac vaginal droit et dans le cul-de-sac postérieur. Cette tuméfaction s'étend à gauche, mais notablement plus à droite, en refoulant l'utérus en haut et en avant.

Par le palper et le toucher combinés, on apprécie le volume de la tuméfaction qui est celui d'une petite tête fœtale et qui remonte par conséquent à deux doigts au-dessus de l'ombilic, mais dont le développement principal est du côté droit. Sa consistance est pâteuse, plutôt dure, non rénitente, donnant l'idée d'une hématocele.

Le 4 janvier 1898, opération : ponction avec le trocart de Laroyenne dans le cul-de-sac postérieur et large incision à droite sur le trocart. Il sort un liquide hématique, à peu près 50 grammes, sans caillots. La main introduite dans

L'ouverture se rend compte de la cavité vidée, mais on sent au-dessus une tumeur du volume du poing, d'où l'on retire de volumineux fragments de placenta, mais pas d'embryon. Comme il restait encore du placenta adhérent dans la trompe, on met deux pinces sur la poche salpingienne qu'on attire au dehors. L'ovaire suit et l'on fait l'ablation du tout.

La malade sort guérie le 23 janvier 1898.

OBSERVATION XII

(In thèse PAYEN, Lyon 1898-99).

Communiquée par M. le professeur agrégé CONDAMIN.

Résumé. — Salpingite suppurée. — Ponction et débridement. — Guérison. — Grossesse extra-utérine. — Opération : guérison. — Nouvelle grossesse extra-utérine (hématocèle). — Nouvelle ponction et ablation de la trompe rupturée par le vagin. — Guérison.

Ch. M..., 21 ans, giletière, demeurant à Lyon, passage Saint-Pothin.

Bonne santé habituelle. Réglée à 12 ans et depuis assez régulièrement. A eu un accouchement à terme en 1893. A eu depuis une fausse couche et depuis souffre du ventre. Premier séjour à la Charité en mars 1894 où on lui pratique une ponction avec débridement par la méthode de Laroyenne, pour une salpingite suppurée. Pas d'incident.

Un mois après, la malade était remise et rentrait chez elle; elle ne souffrait plus du tout. Quelque temps après, sans suppression bien caractéristique des règles, la malade est assez subitement prise de douleurs vives; elle est forcée de s'aliter : il y a peu de tendance au collapsus. Transportée à l'hôpital, après quelques jours de repos, on incise sa collection hématique par le Douglas, on nettoie la cavité et l'on place une éponge volumineuse sur la brèche vaginale.

La tranche vaginale se déchire sur cette éponge et continue à saigner. Il fallut deux autres éponges.

Les suites furent normales et la malade sortit guérie.

En avril, ses règles manquent et la malade présente tous les symptômes d'un début de grossesse, qui ne l'étonne nullement. A la fin du mois, elle est prise brusquement de douleur abdominale extrêmement vive avec tendance à la syncope et au collapsus. On l'apporte à la Charité à peu près mourante. Le poulx était insignifiant : on ne juge pas une intervention opportune à cause de l'état de faiblesse générale. Repos absolu. Glace sur le ventre qui est météorisé, potion stimulante.

Le lendemain et les jours suivants l'état général s'améliore. On constate une masse volumineuse occupant le cul-de-sac gauche rétro-utérin. La tuméfaction remonte jusqu'à environ deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic.

28 mai. — Ponction et débridement par la méthode de Laroyenne. Il s'écoule une grande quantité de sang noirâtre avec des caillots.

M. Condamin, après la toilette de la cavité hématique avec l'éponge, fait l'exploration de la poche et réussit à amener dans le vagin une masse molle, adhérente aux parois latérales. On en fait l'excision après avoir placé une pince courbe sur le pédicule. On s'aperçoit alors manifestement qu'il s'agit d'une trompe rompue présentant dans un point de sa cavité une petite masse granuleuse, ayant toutes les apparences d'un placenta.

18 juin. — La malade quitte le service. Guérison.

OBSERVATION XIII

PROUST et BENDER. — Société Anatomique, 11 février 1910.

(*Presse Médicale*, 16 février 1910).

Récidive de grossesse extra-utérine. — Inondation péritonéale par hémorragie se faisant par le pavillon de la trompe.

MM. Proust et Bender présentent les pièces opératoires provenant d'une femme qui avait déjà subi l'ablation d'une

trompe, à la suite de grossesse tubaire rompue, et qui de nouveau fit des accidents d'inondation péritonéale. La laparotomie fit constater une hémorragie de moyenne abondance (400 grammes); la trompe, distendue par une grossesse isthmique, ne présentait aucune rupture; le sang se faisant jour par le pavillon tubaire. A propos de ce cas, les auteurs insistent sur la fréquence relativement considérable des récidives de grossesses extra-utérines.

OBSERVATIONS XIV, XV, XVI, XVII

LEJARS et BÉGOIN. — XIX^e Congrès français de chirurgie.
(Semaine Médicale).

Quatre cas de grossesses tubaires récidivantes.

M. LEJARS : Chez une jeune femme qui avait été opérée il y a six ans, pour une grossesse tubaire droite, avec inondation péritonéale, j'ai eu à intervenir au mois d'avril dernier pour une nouvelle grossesse extra-utérine développée du côté gauche.

J'ai observé en 1903, deux autres faits du même genre. L'un concerne une femme que j'avais déjà opérée il y a quatre ans, pour une grossesse tubaire rompue.

Dans l'autre cas, les deux accidents se sont produits la même année, j'ai opéré la malade une première fois au mois de janvier, et une deuxième fois au mois de mai.

Ces faits ne sont pas aussi rares qu'on pourrait le penser; d'après les statistiques publiées parmi les cas de grossesses extra-utérines que l'on opère, il y a 4 ou 5 p. 100 de grossesses récidivantes. Dans ces conditions, lorsqu'on opère une grossesse extra-utérine, il me paraît nécessaire de regarder soigneusement les annexes de l'autre côté et de les enlever si elles ne sont pas absolument saines. Cependant, je dois dire que dans mes deux dernières observations j'avais examiné les annexes du côté opposé à la grossesse et je les avais respectées parce qu'elles m'avaient paru saines.

M. BÉGOIN (de Bordeaux) : J'ai perdu, par inondation péritonéale consécutive à une rupture de grossesse tubaire, une malade que j'avais opérée quelques années auparavant, pour une première grossesse extra-utérine.

OBSERVATIONS RÉSUMÉES

OBSERVATION XVIII.— K. ABEL, *Arch. f. Gynækol.*, XLIV ; 1893.

Grossesse tubaire récidivée chez la même femme.

Femme de 29 ans. Vient consulter pour des douleurs dans le bas-ventre, de la difficulté de la miction. Deux ans auparavant, elle a été laparotomisée à l'hôpital de la Charité, pour une grossesse tubaire gauche rompue. A l'examen, on trouve un utérus un peu antéfléchi, et à droite une tumeur kystique ovoïde, grosse comme un œuf d'oie, nettement fluctuante et de surface lisse.

Laparotomie.

Grossesse tubaire droite. Kyste de 9 cent. 5 de long et de 5 cent. de large. Toilette du péritoine. Suture.

Guérison.

OBSERVATION XIX. — ALBUCASSIS (traduction Leclerc, Paris, Baillière, 1861, p. 182). Chapitre LXXVI du livre II de la chirurgie, 1106.

J'ai vu dans le temps une femme enceinte dont le fœtus mourut sans être expulsé. Elle conçut depuis, le fœtus mourut également. Longtemps après la tumeur s'ouvrit. Suppuration. Os sortirent de la plaie.

OBSERVATION XX. — ALLEN, in *Boston med. Surg. Journ.*, 1906, p. 654.

Femme, 26 ans. 16 décembre 1904. Ablation annexes gauches pour grossesse extra-utérine de deux mois.

13 février 1906. Symtômes de grossesse.

22 février. Nausées, vomissements. Douleurs très violentes à droite. Pertes.

8 mars. Entre à l'hôpital. Laparotomie. Pelvis rempli de sang noir coagulé. Grossesse tubaire rompue près du pavillon. Ablation des annexes droits.

OBSERVATION XXI. — BASTIANELLI, *Ann. di ostetr. e gin.*, février 1896.

B..., 30 ans. Rome. En 1892, première grossesse tubaire à gauche. Ablation des annexes gauches. Guérison. Quinze mois après : hémorragie, grossesse tubaire droite. Laparotomie. Guérison.

OBSERVATION XXII. — BÉGOIN, *Revue de gyn. obst. et pédiatrie de Bordeaux*, 1900.

M^{me} M..., 28 ans. En 1894, accouchement à terme. En 1897 : retard de règles, douleurs, pertes abondantes, caillots. 1898 : retard d'un mois, facies grippé, vomissements. Chambrelent constate hématocele rétro-utérine. Guérison sans intervention. Un an après, 1899 : retard de règle de deux mois. 28 novembre : pertes, crises douloureuses. Colostrum. Diagnostic : grossesse tubaire non rompue. Laparotomie : ablation trompe droite. Guérison.

OBSERVATION XXXIII. — BENNINGTON, *British gynec. Journ.*, t. IX, 1894.

F., 28 ans. Un enfant. 7 mai 1892 : grossesse tubaire gauche rompue. Laparotomie. Extirpation. — Un an et demi après, 9 novembre 1893 : laparotomie pour grossesse tubaire droite rompue. Extirpation. Guérison.

OBSERVATION XXIV. — BOISLEUX, in ROCQUET MARTIAL.

De la grossesse extra-utérine chez la même femme, Thèse de Paris, 1892.

F., 18 ans, multipare. 19 avril 1891. Laparotomie pour grossesse tubaire droite. Ablation. On constate annexes gauches sains. Moins de deux mois après, 17 juin : grossesse ovarienne. Ablation de la trompe et de l'ovaire gauches. Guérison.

OBSERVATION XXV. — BOLDT, *Americ. Journ. of Obst.*, t. XXXVII.

F., 33 ans. En 1896 : grossesse tubaire rompue. Laparotomie. La trompe opposée était atteinte de salpingite catarrhale. 18 mois après, 1897 : nouvelle grossesse tubaire opérée. Hystérectomie. Guérison.

OBSERVATION XXVI. — BOUILLY et LECÈNE, *Semaine gynécologique*, 1901, p. 217.

Marie P..., âgée de 34 ans, domestique, entre en novembre 1899 dans le service du docteur Bouilly, pour des douleurs violentes qu'elle ressent dans l'abdomen. Ces douleurs ont débuté quelques jours avant l'entrée de la malade dans le service; elles s'accompagnent de vomissements.

Elle a eu un retard de règles de un mois, alors que ordinairement elle est bien réglée. L'examen clinique permet de sentir dans le cul-de-sac postérieur une tuméfaction peu volumineuse remontant à droite jusqu'à l'arcade crurale. M. Bouilly pose le diagnostic de grossesse tubaire avec avortement tubaire et avec hématoçèle rétro-utérine peu volumineuse. La laparotomie faite le lendemain 10 novembre, montre qu'il s'agit bien d'un hémato-salpinx du côté droit avec hématoçèle rétro-utérine peu abondante. On enlève la trompe malade, on nettoie le Douglas et on

referme le ventre en le drainant. L'examen de la trompe montre qu'elle est très dilatée au niveau de l'ampoule et du pavillon : on ne trouve pas d'embryon, ce qui ne saurait surprendre, puisqu'il s'agit d'une grossesse d'un mois à six semaines environ.

Guérison.

24 décembre 1900. Vive douleur dans le ventre. Ecoulement rouge rosé.

31 décembre. Augmentation des caillots, débris membranoux.

9 janvier 1901. Entrée à l'hôpital. Diagnostic : grossesse tubaire récidivée avec hématome rétro-utérin.

10 janvier. Laparotomie. Trompe gauche rompue. Ablation des annexes gauches. Guérison.

Antécédents : grossesse dix ans avant la première ectopie. Deux ans après, syphilis bien traitée.

OBSERVATION XXVII. — BROUHA, *Ann. de la Soc. m. chir. de Liège*, 1905, t. XLIV, p. 175.

Femme, 25 ans. Deux fausses couches, à 23 ans, suspension de règles, perte de caillots avec membranes; quinze jours plus tard, accident intense rappelant une rupture de grossesse tubaire. Laparotomie. Trompe gauche rompue. Ablation.

Un an et demi après, suspension de règles, évacuation de membranes; dix jours plus tard, douleur vive à droite, crise syncopale, fortes nausées. Laparotomie. Grossesse tubaire droite rompue. Ablation. Guérison.

OBSERVATION XXVIII. — BROWN; d'après Puech, Saint-Louis, *Med. a. surg. Journal*, mai 1850.

Femme, après plusieurs avortements, conduit une grossesse extra-utérine, mais n'accouche pas; le fœtus était ex-

tra-utérin. Deux ans après, elle conçut de nouveau, faux travail; le kyste s'ouvre à travers l'abdomen; l'orifice est élargi, extraction d'os fœtaux.

OBSERVATION XXIX. — BYFORD, *Americ. Journ. of. Obst.*, t. XXVII, 1893.

F., 42 ans. Deux enfants. 1885 : retard de six semaines. Hémorragie, douleurs. Grossesse extra-utérine probable. 1892 : laparotomie. Hématosalpinx à droite. Hydrosalpinx à gauche. A droite et à gauche, un fœtus momifié. Guérison.

OBSERVATION XXX. — CHAPOT PRÉVOST, 1900. Comptes rendus de la Société d'obst. et de péd. de Paris. Rapport., H. VARNIER.

F., deux avortements. 1895 : grossesse extra-utérine ayant évolué jusqu'à terme, faux travail suivi de mort et de rétention du fœtus. Laparotomie, 18 août 1895. Extraction d'une fille de 1.640 gr. Un an et un mois après, dernières règles en mars 1896. Grossesse évolue jusqu'en novembre. Faux travail. Mouvements du fœtus cessent. Laparotomie, 13 décembre. Extraction d'un garçon de 1.320 gr. Guérison.

OBSERVATION XXXI. — COHN, Société de gynécologie de Breslau, 19 février 1908.

La malade opérée quatre ans auparavant, pour une grossesse tubaire du côté gauche. Les annexes droites saines, avaient été laissées en place. Au cours d'une nouvelle laparotomie pratiquée le 24 décembre 1902, grossesse droite rompue.

OBSERVATION XXXII. — COHN, Société de gynécologie de Breslau, 19 février 1903.

Malade opérée un an et demi auparavant, d'une grossesse tubaire gauche.

20 décembre 1902. La malade qui présentait depuis quelques semaines des pertes abondantes, expulsait une caduque.

13 janvier 1903. Laparotomie. Ablation grossesse tubaire droite.

OBSERVATION XXXIII. — CZEMPIN, *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, t. XXXVII, 1897.

F., 33 ans, multipare. 1896 : grossesse tubaire droite rompue. Six mois après, 1897 : laparotomie pour grossesse tubaire gauche de quatre mois, rompue. Guérison.

OBSERVATION XXXIV. — DAUSON, *Journal of obst.*, 1903, p. 301, 2^e semestre.

Femme, 25 ans, 1890, enfant mort-né. 1893 : péritonite généralisée durant un mois. Règles régulières, mais stérilité pendant sept ans.

12 juin 1901, un jour avant ses règles, coït. Le mois suivant, pas de menstrues.

9 juillet, douleur aiguë dans l'abdomen.

12 juillet, diagnostic : récente grossesse tubaire gauche.

Ablation le 19 des annexes gauches, un corps jaune, villosités choriales typiques. Annexes droites recouvertes et adhérentes profondément. Aucun essai n'eut été fait pour les libérer. Les règles reprennent, mais alors pour ne pas courir le risque d'une grossesse, la femme introduit une éponge avant chaque coït.

22 février 1913. Coït après mise en place d'une éponge.

- 26 février. Les règles n'apparaissent pas.
2 mars. Petite hémorragie, douleurs.
5 mars. Diagnostic de petite grossesse tubaire.
9 mars. Ablation des annexes droites; corps jaune de l'ovaire. Plus d'adhérences. Guérison.

OBSERVATION XXXV. — DELEZENNE, *Journal des sciences médicales de Lille*, 1906.

V..., 25 ans, a eu un enfant à 20 ans. Dernières règles, janvier 1904; 14 mars, douleurs pelviennes violentes, métrorragies; laparotomie, grossesse tubaire gauche, embryon de trois mois environ. Guérison. Le 1^{er} janvier 1906, entre de nouveau à l'hôpital, pour symptômes de grossesse extra-utérine. 9 janvier, laparotomie; grossesse tubaire droite avec hématosalpinx. Guérison.

OBSERVATION XXXVI. — In thèse SAUVÉ, Paris, 1906 (docteur DEMOULIN).

M^{me} D..., 26 ans, entre à l'hôpital Tenon, le 24 janvier 1906, pour crises douloureuses de l'abdomen.

Premier accouchement à terme, il y a sept ans. Enfant bien portant.

Un an après, sans retard de règle antérieur, la malade présente pendant un mois et demi une métrorragie assez abondante et persistante.

Six mois plus tard, retard de quinze jours, violentes douleurs s'irradiant vers l'aîne et la région lombaire, maximum à gauche, écoulement sanguin noirâtre. Colpotomie, évacuation d'une grande quantité de sang noir, en caillots, fétide. Guérison.

Pendant cinq ans, très bonne santé.

Dernières règles le 25 octobre 1905.

Vers le 15 janvier, douleurs violentes, diagnostic d'hématocèle.

5 février 1906 : laparotomie, trompe gauche très épaissie, rompue, d'où s'échappent encore des caillots et un œuf intact de deux mois. Ablation. Trompe droite adhérente cou-dée et bridée. Hystérectomie subtotale. Guérison.

OBSERVATION XXXVII. — DORLAND, *Americ. Journ. of Obst.*, t. XXXVII, 1898.

F., 28 ans, quatre enfants. 20 octobre 1890 : laparotomie pour trompe gauche gravide. Deux ans après, 10 août 1892 : laparotomie pour grossesse tubaire droite non rompue. Guérison.

OBSERVATION XXXVIII. — DURHSSEN, *Arch. für Gyn.*, t. LIV.

F., 24 ans. Un accouchement normal. 1893 : laparotomie pour grossesse tubaire isthmique droite de cinq semaines rompue. Ablation des annexes. Deux ans et neuf mois après, 10 novembre 1896 : grossesse tubaire rompue. Mort. Pas d'autopsie.

OBSERVATION XXXIX. — DURHSSEN, id.

Femme Weber, 38 ans. Un avortement trois ans avant. 9 février 1895 : cœliotomie pour avortement tubaire droit incomplet. Ablation des annexes droites. Vingt et un mois après : cœliotomie vaginale, pour avortement tubaire gauche incomplet. Grossesse isthmique quatre semaines. Salpingectomie gauche. Guérison.

OBSERVATION XL. — EDGAR, *Edinb. med. Journ.*, juillet 1899.

F., 33 ans. Quatre accouchements normaux. En mai 1896 : signes de grossesse extra utérine à droite. 28 octobre

1896 : laparotomie pour rupture de grossesse tubaire gauche. Ablation des annexes gauches. Trompe droite également rompue. Ablation.

OBSERVATION XLI. — ERDMANN, *New-York med. Journ.*,
octobre 1897.

M^{me} O..., 27 ans. 13 janvier 1896 : symptômes de grossesse ectopique rompue. Laparotomie : à droite fœtus ; ablation des annexes droites. Un an et deux mois après, avril 1897 : douleurs à gauche, hémorragie. Laparotomie : trompe à gauche rompue ; ablation. Guérison.

OBSERVATION XLII. — FALK, *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.*,
t. XXXVIII, 1898.

F., 29 ans. Un enfant de 7 ans. Laparotomie par grossesse tubaire droite rompue, fœtus quatre semaines ; annexes gauches examinées et reconnues malades (périmétrite) sont laissées. Trois ans après, laparotomie pour grossesse tubaire gauche ; fœtus non macéré de 13 à 14 semaines. Ablation. Guérison.

OBSERVATION XLIII. — FERGUSON, *Edinb. med. Journ.*,
février 1899.

F., 29 ans. Deux accouchements, l'un à terme, l'autre à sept mois. Janvier 1894 : quatre mois d'aménorrhée ; violente douleur du ventre à droite. Hémorragie utérine. Guérison. Quatre ans après, 19 avril 1898 : laparotomie pour grossesse tubaire gauche non rompue. Ablation des annexes gauches. A droite : tumeur, ablation des annexes. Lithopædion. Guérison.

OBSERVATION XLIV. — In thèse FILHOULAUD, Paris, 1907.
Grossesse tubaire récidivée.

S... Marcelline. Vient à la Pitié, pour des accidents à point de départ utéro-annexiel qui durent depuis quinze jours.

Réglée à 12 ans, régulièrement, sans douleurs. Mariée à 20 ans, cinq enfants; les deux premiers à terme, trois autres mort-nés au huitième mois.

1903. Retard de règles de 5 à 6 semaines, vives douleurs, métrorragies pendant six semaines consécutives. Entre à la Pitié, opérée par Gosset, pour hématoçèle. Ablation des annexes droites.

1906. Deuxième grossesse. Dernières règles, 17 septembre 1906. Le 30 octobre, six semaines après, vives douleurs, syncope, écoulement roussâtre.

Cette crise douloureuse brusque se continue par des douleurs moins intenses qui durèrent quinze jours, puis se calmèrent.

Le 12 novembre 1906, la malade entre à la Pitié; les pertes continuent; état général assez bon. Région ovarienne gauche sensible. Cul-de-sac postérieur et gauche refoulés par collection volumineuse.

Diagnostic : hématoçèle rétro-utérine par récidence de grossesse tubaire dans la trompe gauche.

Du 12 au 30 novembre, état s'améliore.

Le 1^{er} décembre, vives douleurs, pertes, collection s'est reconstituée.

5 décembre. Laparotomie. Evacuation du sang. On enlève la trompe et l'ovaire gauches. Péritonisation.

Guérison. Sortie un mois après l'opération.

Examen de la pièce : La grossesse ectopique a évolué au niveau du pavillon tubaire accolé à l'ovaire gauche, c'est-à-dire que le kyste fœtal a emprunté, pour se former, l'ovaire d'une part et la face interne du pavillon tubaire de l'autre.

OBSERVATION XLV. — *In* thèse FILHOULAUD, Paris, 1907.

Grossesse tubaire récidivée.

M..., 31 ans. Régée à 15 ans. Mariée à 18 ans.

1894 : première grossesse, accouchement facile, fièvre puerpérale.

1895 : deuxième grossesse, normale.

1897 : troisième grossesse, normale.

1902 : retard de règles de huit jours, douleur vive, pertes sanguines violentes pendant un mois; la malade entre à l'hôpital.

4 avril 1902. Laparotomie (M. Alglave). Hématocèle rétro-utérine par rupture de la trompe droite. Castration unilatérale droite. Vingt-trois jours après, guérison.

6 mars 1907 : pertes rouges très abondantes.

9 mars : douleurs très vives, les pertes continuent.

27 avril 1907. Entrée à l'hôpital. Diagnostic grossesse ectopique développée dans la trompe gauche.

Opération : laparotomie. Hématosalpinx gauche. Ablation de l'utérus et des annexes. Guérison.

OBSERVATION XLVI. — *In* thèse FILHOULAUD, Paris, 1907.

Grossesse extra-utérine isthmique récidivée.

M^{me} X... En avril 1905, appendicite à froid. Cinq ans auparavant, couche normale.

Septembre 1905. Retard de règles. Tumeur salpingienne qui disparaît par le repos.

1906. Retard de règles d'un mois. Douleur brusque, cataclysmique, collapsus. Opération d'urgence. Inondation péritonéale. Grossesse tubaire rompue, isthmique. Guérison.

Mars 1907. Suspension de règles d'un mois. Symptômes cataclysmiques. Opération d'urgence. Inondation péritonéale. Rupture de la trompe gauche au niveau de sa portion isthmique. Guérison.

OBSERVATION XLVII. — *In* thèse FILHOULAUD, Paris, 1907,
communiquée par M. DELAGENIÈRE, du Mans.

*Trois grossesses extra-utérines avec inondation du péritoine
chez la même malade. — Deux laparotomies successives.
— Guérison.*

M..., 28 ans, entre à la clinique le 6 juin 1902. Collapsus
consécutif à une rupture de grossesse extra-utérine.

Couche normale en 1893. Métrite, douleurs à droite.

En 1893 : arrêt des règles, inondation péritonéale. Guéri-
son par le repos. Phlébite.

En 1902, le 2 mars : violentes coliques; le 5, vomisse-
ments. Douleurs très vives, état syncopal.

Opération le 6 février 1902. Laparotomie, on enlève les
annexes droites.

Examen des pièces : trompe grosse comme un petit œuf.
Perforation de 3 centimètres.

Le 5 mars : guérison.

1904 (20 mars). Les règles n'ont pas paru depuis le 16 fé-
vrier. Symptômes de grossesse.

5 avril : crise douloureuse, vomissements, réaction péri-
tonéale.

Opération le 6 avril 1904. Laparotomie. Bassin rempli de
sang. Adhérences au niveau de l'appendice et de la fosse
iliaque. On enlève les annexes gauches, puis l'appendice,
drain dans le Douglas.

Examen des pièces : ovaire normal. Trompe augmentée
de volume kystique, déchirure dans l'orifice de laquelle on
trouve engagé un œuf intact. Embryon d'un mois environ.

10 mai. Guérison.

OBSERVATION XLVIII. — *In* thèse FILHOULAUD, Paris, 1907.

Louise D..., 28 ans. Quatre enfants à terme. Une fausse
couche. Opérée d'une grossesse extra-utérine; ablation des
annexes du côté droit.

3 février 1907 : douleurs intenses dans le côté gauche.

Le 15,, métrorragie assez abondante pendant cinq jours.

Le 28, nouvelle crise.

Entre le 6 mars 1907, hôpital Broca, service du professeur Pozzi.

A l'examen, col utérin très bas, utérus augmenté de volume, masse à gauche.

Opération le 13 mars 1907, par M. le docteur Dartigues, chef de clinique.

Laparotomie. Hystérectomie. Péritonisation.

Examen des pièces. Utérus peu augmenté de volume. Tiers externe de la trompe, volume d'une mandarine. Trompe rompue. Ovaire fusionné avec la masse : grossesse tubo-ovarique.

Guérison et sortie du service, le 5 mai.

OBSERVATION XLIX. — *In* thèse FILHOULAUD, Paris 1907.

M^{me} D..., 31 ans. Entre le 28 novembre 1905, à l'hôpital Bichat (service du docteur Picqué). Pas d'enfants, plusieurs fausses couches.

Douleurs vives dans l'abdomen, métrorragie, ventre douloureux, cul-de-sac latéral gauche saillant.

Laparotomie : ablation des annexes gauches. Guérison.

3 avril 1907 : nouvelles douleurs, pertes continuelles. Ventre douloureux. Cul-de-sac postérieur très distendu. Glace. Expectation.

12 avril : hémorragie, douleurs. Laparotomie. Ovaire et trompe droite réséqués. Guérison.

OBSERVATION L. — FROMMEL, *Deutsche med. Wochenschr.*, 1890.

F., 33 ans. Un accouchement antérieur, 10 ans. 1883 : laparotomie pour grossesse tubaire droite intraligamentaire

de quatre mois. Extraction. Quatre ans après : symptômes de grossesse tubaire gauche. Amélioration par traitement médical. Guérison.

OBSERVATION LI. — GALABIN, *Brit. med. Journ.*, 18 oct. 1892.

F., 29 ans. Cinq grossesses, dont deux avortements. 1891 : dernières règles en avril. En juin : douleurs, métrorragies. Guérison par repos. A gauche masse grosse comme une orange. Cinq mois après, 26 février 1892 : laparotomie pour symptômes de rupture de grossesse tubaire droite. Excision des annexes. Deux grossesses ectopiques de dates différentes. Guérison.

OBSERVATION LII. — GIFFORD-NASH, *Obstétrique*, Society of London, 6 décembre 1905.

Grossesse tubaire récidivée.

Première grossesse : rupture de la trompe gauche. Ablation avec l'ovaire.

Deuxième grossesse : deux ans plus tard. Rupture de la trompe. Ablation des annexes droites. Symptômes identiques les deux fois. Aménorrhée, douleurs pelviennes, vomissements, syncopes, hémorragie utérine, ténésme rectal, expulsion de la caduque.

Avant le début de ces symptômes, mais avant la rupture du kyste fœtal, il y a eu dans les deux cas expulsion d'un sac membraneux représentant le moule de la cavité utérine.

OBSERVATION LIII. — GIGLIO, *Annali di ost. e gin.*, mai 1898.

N. Carollo, 36 ans. 4 accouchements normaux. 1 avortement de deux mois en août 1896. Un mois après, en sep-

tembre : diagnostic de péritonite enkystée ou collection liquide de la trompe droite avec grossesse extra-utérine.

Laparotomie : fœtus de cinq mois environ à droite ; à gauche, masse dure adhérente, quelques os d'embryon, matière pultacée, jaunâtre.

OBSERVATION LIV. — GLITSCH, *Archiv. für Gynakol.*, 1900.

Anna G..., 24 ans. Avortement en 1899. 3 juin 1892 : laparotomie, grossesse tubaire gauche. 1893 : laparotomie, grossesse tubaire droite ; ablation. Guérison.

OBSERVATION LV. — GODART, Polyclinique, Bruxelles, n° 5, 1899.

F., 36 ans. Trois enfants. 1892 : grossesse extra-utérine gauche vraisemblable ; guérie médicalement. Six ans après : laparotomie, extraction trompe droite, œuf complet, fœtus 2 centimètres. Trompe gauche atrophiée. Guérison.

OBSERVATION LVI. — R.-B. HALL, *Americ. Journ. of Obst.*, t. XXXVI, 1897.

Noël 1896 : laparotomie par rupture de grossesse tubaire droite. Trois mois après, 1897 : laparotomie, grossesse tubaire gauche rompue, fœtus 3 centimètres. Guérison.

OBSERVATION LVII. — HANKS, *Americ. Journ. of Obst.*, t. XXVI, 1892.

1888 : aurait eu une grossesse tubaire gauche, on avait tué le fœtus à l'aide du courant faradique. Quatre ans après, 1892 : laparotomie. Huit semaines après, dernières règles, trompe droite rompue ; ablation. Adhérences des autres annexes. Guérison.

OBSERVATION LVIII. — HARRINGTON, *Boston med. a. surg. Journ.*, t. CXXX, 1894.

F., 32 ans, multipare. 15 mai 1891 : laparotomie pour grossesse tubaire droite, ablation. Deux ans après, 6 avril 1893 : grossesse tubaire gauche ; ablation, embryon six semaines.

OBSERVATION LIX. — HARRIS, *Amer. Journ. Obstet.*, New-York, 1904, t. L, p. 116.

F., 26 ans, deux enfants, pas de fausse couche. 20 mai 1903 : rupture de grossesse tubaire, laparotomie, fœtus de 10 pouces long. Guérison. 23 mars 1904 : laparotomie pour grossesse tubaire gauche rompue. Ablation. Guérison.

OBSERVATION LX. — HARRIS, *Amer. gyn. and obst. Journ.*, juin 1900.

F., quatre accouchements antérieurs. 16 septembre 1896 : coliques, nausées, métrorragies. Laparotomie ; hématocele, Guérison. Trois ans après, 1899 : laparotomie pour grossesse extra-utérine. Guérison.

OBSERVATION LXI. — HARRIS. Id.

F., 30 ans. Un enfant de 11 ans. 28 avril 1899 : grossesse extra-utérine droite. Laparotomie, petit fœtus. Guérison. Huit mois après, 1900 : laparotomie, trompe gauche rompue.

OBSERVATION LXII.— HERMANN, *British.med. Journ.*, 1888.

Hématocele rétro-utérine (décembre 1885), due à une grossesse extra-utérine gauche. Pas de caduque expulsée. Janvier 1888 : laparotomie pour rupture de grossesse tubaire droite ; fœtus dans l'abdomen. Guérison.

OBSERVATION LXIII. — HERMANN, *British. med. Journ.*, t. II, 1890.

F., 31 ans. Un accouchement antérieur. Janvier 1887 : laparotomie pour grossesse tubaire droite rompue ; extraction de la trompe droite. Trois ans après, 17 mai 1890 : laparotomie pour grossesse tubaire gauche non rompue. Ablation. Guérison.

OBSERVATION LXIV. — KELWAY, *The Journal of the Americ. medic. Association*, t. XXI, n° 12, Chicago, 1893.

F., 30 ans, multipare. 25 janvier 1891 : symptômes grossesse extra-utérine ; collapsus. Expectation, amélioration progressive. Onze mois après, 3 décembre 1891 : laparotomie d'urgence, pour brusque collapsus avec douleurs. Dernières règles, sept semaines avant. Ablation trompe gauche rompue, ovaire et trompe droits adhérents. Guérison.

OBSERVATION LXV. — KLETZSCH, *Americ. Journ. of Obst.*, t. XXI, 1888.

F., 23 ans, nullipare. 1884 : opérée pour grossesse extra-utérine. Laparotomie, fœtus mort. Guérison. Octobre 1887 : douleurs expulsives atroces, vomissements, masse à droite de l'utérus. On fait diagnostic de grossesse extra-utérine. Amélioration. Guérison.

OBSERVATION LXVI. — KOBLANCK, *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.*, t. XXXVIII, 1898.

1897 : opération grossesse extra-utérine ; enfant vivant quatre mois. 1898 : nouvelle rupture de grossesse tubaire ; mort ; pas d'autopsie.

OBSERVATION LXVII. — KREISCH, *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.*, t. XXXVIII, 1898.

F., 29 ans. Un accouchement normal il y a neuf ans. 1895 : à Berlin, opération grossesse extra-utérine droite. Deux ans et huit mois après, 30 octobre 1897 : laparotomie pour grossesse tubaire gauche rompue. Guérison.

OBSERVATION LXVIII. — KUPPENHEIM, *Arch. f. Gyn.*, 1907.

M^{me} K..., 25 ans. Un accouchement il y a quatre ans. 27 mars 1897 : laparotomie pour grossesse tubaire gauche. Trompe contenait un œuf. Guérison. 26 août 1898 : diagnostic de rupture de grossesse tubaire. Opération d'urgence, colpotomie postérieure; syncope; mort.

Autopsie : trompe droite fortement déchirée et adhérente, fœtus.

OBSERVATION LXIX. — KUPPENHEIM, *Arch. f. Gyn.*, 1907.

M^{me} G..., 30 ans. 20 novembre 1899 : diagnostic de grossesse tubaire et d'ictère catarrhal. 7 décembre : laparotomie, ablation des annexes gauches, œuf de trois mois avec fœtus macéré; corps jaune dans l'ovaire. 28 octobre 1902 : diagnostic de grossesse tubaire droite; laparotomie le 30 octobre. Hématocèle péritubaire. Ablation des annexes droites; fœtus dégénéré. Guérison.

OBSERVATION LXX. — LAWRENCE, *Journ. med. amer. associat.*, 1906, t. XLII, p. 536.

F., 26 ans. Mai 1902 : grossesse ectopique. Laparotomie, ablation de grossesse tubaire gauche. On laisse la trompe droite saine. Guérison. 26 juin 1903 : nouveaux symptômes de grossesse ectopique à droite. 27 juillet : laparotomie, grossesse tubaire droite non rompue. Guérison.

OBSERVATION LXXI. — LEEWERS, *Trans. of the obst. society of London*, 7 novembre 1900.

F., 29 ans, multipare. Laparotomie, grossesse tubaire gauche, mars 1894. Six ans après, mai 1900 : laparotomie pour grossesse tubaire. Avortement tubaire incomplet. Guérison.

OBSERVATION LXXII. — LESTER E. FRANKENTHAL, *Amer. gyn. a. obst. Journ.*, septembre 1896.

F., a eu avortement de huit semaines à 22 ans. 27 septembre 1893 : laparotomie pour grossesse tubaire gauche rompue. Extirpation. La trompe droite examinée présente les sinuosités de Freund, de sorte que Frankenthal prévoit la possibilité de la récidive. Cependant on la laisse. Guérison. Quinze mois après, grossesse tubaire droite, laparotomie. Guérison.

OBSERVATION LXXIII. — LEWEN. *Transact. obst. soc. London*, 1904, t. XLV, p. 418.

La malade est vue la première fois le 6 septembre 1901, avec tous les signes d'une grossesse extra-utérine rompue. Elle avait alors 27 ans, était mariée depuis sept ans, et avait eu deux enfants, le dernier, quatre ans auparavant.

Laparotomie, grande quantité de sang, dans l'abdomen et fœtus d'environ trois pouces et demi, la grossesse ectopique était à gauche. Guérison. Etat reste normal jusqu'au 30 septembre 1903.

A cette époque, les mêmes symptômes se reproduisent. Laparotomie et grossesse tubaire rompue à droite. L'œuf était complètement chassé de la trompe et gisait dans le cul-de-sac de Douglas, entouré d'une masse de caillots. Fœtus d'environ trois quarts de pouce de long. Guérison.

OBSERVATION LXXIV. — Prise par Edward N. LIELL, M.-D. JACKSONVILLE, ex-professeur de gyn. à New-York. *Americ. Journ. of Obstetric*, 1905.

F., 38 ans. Deux enfants à terme. 1902 : rupture de grossesse extra-utérine. Laparotomie. Ablation de la trompe gauche rompue. 10 octobre 1904 : diagnostic de grossesse tubaire non rompue ; laparotomie. Ablation de la trompe droite ; grossesse tubaire d'environ dix semaines.

OBSERVATION LXXV. — LINDEBLUM, *Mittheil. aus d. gyn. Klinik, u Helsinfons*, t. II, H. 2 et 3, Berlin.

F., 35 ans. Cinq enfants vivants, à terme. 3 mars 1896 : laparotomie pour grossesse tubaire gauche rompue ; hématoécèle rétro-utérine. Ovario-salpingotomie gauche. Annexes droites très adhérentes. Deux ans après, 9 juillet 1898 : laparotomie pour grossesse tubaire droite rompue avec hématoécèle. Ovario-salpingotomie droite. Guérison.

OBSERVATION LXXVI. — LYTH, *Amer. Gyn. and Obst. Journ.*, février 1901.

F. Un accouchement en 1882. 1892 : la femme vit passer le 9^e mois de son terme sans travail. Enfant mort. Laparotomie. Fœtus dans un kyste du ligament large gauche. Huit ans après, 1900 : règles irrégulières, douleurs, collapsus, hypothermie, tumeur à droite ; laparotomie ; grossesse de cinq mois dans le tiers externe de la trompe droite. Guérison.

OBSERVATION LXXVII. — MACKENRODT, *Centr. f. Gyn.*, 1892, n° 7.

F., 32 ans. Deux accouchements normaux. Un avortement. 1890 : métrorragie. Retard de règles. Grossesse extra-

utérine droite. Guérison lente. Quinze mois après, septembre 1891 : retard de règles, douleurs à gauche. Laparotomie : 1° trompe gauche gravide, fœtus ; 2° trompe droite : kyste avec petits os fœtaux. Extirpation. Guérison.

OBSERVATION LXXVII. — A. MARTIN, *Zeitschr, f. Geb. u. Gyn.*, t. XXXII.

F., 25 ans. Un accouchement antérieur, 4 ans. Septembre 1896 : grossesse tubaire droite. Trois mois et demi après, 25 février 1897 : laparotomie pour grossesse extra-utérine gauche. Extirpation de la tumeur de la trompe droite. Dans la trompe gauche, œuf de deux mois, extraction. Guérison.

OBSERVATION LXXX. — MEYER, *Auto Analyse in Jaresbericht de Frommel*, t. IV, 1891.

Laparotomie le 10 décembre 1887, pour grossesse tubaire abdominale gauche rompue, fœtus cinq mois, ablation de la trompe gauche. Neuf mois après, 1888 : signes de grossesse extra-utérine rompue à droite. Expulsion d'une caduque. Guérison par traitement médical.

OBSERVATION LXXX. — MITTERMAYER, *Centr. für Gyn.*, 1900.

Avortement tubaire, femme malade pendant cinq mois. Dix ans après : deuxième grossesse ectopique, laparotomie, fœtus de quatre mois. Guérison.

OBSERVATION LXXXI. — MURET, *Revue de gyn. et de chir. abdom.*, n° 2, Paris, 1898.

F., 25 ans. Un enfant à terme, 2 ans. 24 mai 1895 : laparotomie pour grossesse tubaire droite rompue au troisième mois ; fœtus de 8 centimètres ; ablation ; annexes gauches

saines. Quatre mois après, 29 octobre 1895 : laparotomie pour grossesse tubaire gauche rompue. Guérison.

OBSERVATION LXXXII. — MURPHY, *Brooklyn medical Journ.*, 1903, t. XVII, p. 84.

F., 27 ans. Dernières règles le 4 mai 1901; douleur violente dans la région ovarienne gauche. Laparotomie. Grossesse tubaire rompue. Ablation. Guérison. Mai 1903 : crises péritonéales violentes. Laparotomie : ablation de la trompe et de l'ovaire, grossesse tubaire droite non rompue. Guérison.

OBSERVATION LXXXIII. — NOBLE, *Americ Gyn. and Obst. Journ.*, mars 1900.

M^{me} S..., 28 ans. Avortement en 1895. 1898 : diagnostic de grossesse tubaire droite, laparotomie, hématoçèle supprimée. Ablation des annexes droites. Guérison. Deux ans après, 1900 : Symptômes de grossesse tubaire gauche rompue, 20 janvier : laparotomie, avortement tubaire incomplet. Ablation des annexes. Guérison.

OBSERVATION LXXXIV. — NOBLE, *Americ. Gyn. and obst. Journ.*, mars 1900.

M^{me} F..., 27 ans. 1899 : symptômes grossesse extra-utérine. Laparotomie; avortement tubaire, ablation annexes gauches. Cinq mois après, 28 janvier 1900 : diagnostic de grossesse tubaire, laparotomie, avortement tubaire incomplet; ablation des annexes. Guérison.

OBSERVATION LXXXV. — OLSHAUSEN, *Deutsche medic. Woch.*, 1890, n° 9.

F., 30 ans. Un accouchement sept ans avant. Laparotomie pour grossesse extra-utérine rompue. Extraction d'un

enfant vivant presque à terme. Annexes gauches saines. Un an et seize jours après, 17 novembre 1889, rupture de la trompe gauche. Ablation. Guérison.

OBSERVATION LXXXVI. — VON OTT, *Beitrage zur Kenntniss der ectopischen Formen der Schwangerschaft*, Leipzig, Besold, 1895, p. 76.

F., 33 ans, deux accouchements à terme. Janvier 1890 : symptômes de grossesse extra-utérine droite améliorée par le traitement médical. Un an et demi après, octobre 1891 : douleurs, pertes de sang, nausées, vomissements ; diagnostic : grossesse extra-utérine gauche. Laparotomie, décembre 1891 ; à droite, vieux sac ectopique, fœtus mort de trois mois environ ; à gauche, sac tubaire récent ; extraction. Mort par obstruction intestinale.

OBSERVATION LXXXVII. — PATELLANI, *Ann. di ost. e gin.*, décembre 1893.

F., 25 ans. Accouchement à terme en 1887. Avortement de cinq mois en 1889. Août 1892 : enceinte de quatre mois, douleur à gauche. Expulsion de membranes. Caduque déterminée par un examen histologique. Repos ; guérison. Un an après : douleurs vives pendant trois semaines ; à droite, tuméfaction et grosse masse à gauche. Mort.

Autopsie : à gauche, lithopædion, à droite, fœtus de quatre mois.

OBSERVATION LXXXIX. — PESTOLOZZA, *Archivico italiano di gin.*, 31 octobre 1900.

En juillet 1897 : laparotomie pour rupture d'une grossesse tubaire droite. Extirpation. Guérison. Deux ans après, octobre 1899 : grossesse interstitielle, trompe gauche ? Guérison.

OBSERVATION LXXXIX. — PASTOLOZZA, *Archivio italiano di gin.*, 31 octobre 1900.

F., 39 ans. 1894 : laparotomie pour avortement tubaire et hématocele. Ablation. Six ans après, grossesse tubaire droite en 1900. Laparotomie.

OBSERVATION XC. — PHILIPPOWICZ, *Wiener klinische Woch.*, 1902, p. 339.

Femme, âgée de 30 ans. A ses règles supprimées pendant deux mois. Le troisième mois, elle perd du sang en abondance et croit à un avortement. Trois mois après ce prétendu avortement, elle entre à l'hôpital. On sent à droite de l'utérus une tumeur volumineuse.

Le 6 juillet 1898, laparotomie, fœtus macéré. Le placenta est extrait, la poche marsupialisée est transformée.

Deux ans après, le 3 décembre 1900, la malade rentre à l'hôpital. Depuis deux mois les règles sont supprimées. La malade vomit et il y a deux jours qu'elle ne rend ni gaz, ni matières par l'anus. On sent sur la partie latérale gauche et en dehors de l'utérus une tumeur de la grosseur du poing.

Laparotomie le 14 décembre. On extirpe la trompe gauche, elle contient un fœtus de 6 centimètres et présente une fissure de 2 centimètres. Guérison.

OBSERVATION XCI. — Pozzi, Soc. d'obst. et de péd. de Paris, 14 janvier 1901.

Aucun détail sur la première grossesse tubaire. Probablement, sept ou huit ans après, laparotomie pour grossesse tubaire gauche de quatre ou cinq mois. A droite, petite tumeur contenant un ossuaire provenant d'une grossesse extra-utérine enkystée. Guérison.

OBSERVATION XCII. — K. REIFFARSCHIED, *Centrablatt für Gynæk*, 1903.

F., 35 ans. Fausse couche il y a deux ans, compliquée de péritonite. En juin 1899 : crises douloureuses. Laparotomie. Avortement tubaire droit avec fœtus de trois mois. En juin 1901 : grossesse tubaire gauche rompue. Laparotomie et ablation à gauche de l'utérus, d'une tumeur du volume d'une tête d'enfant. Guérison.

OBSERVATION XCIII. — K. REIFFARSCHIED, *Centrablatt für Gynæk.*, 1908.

F., 22 ans. Deux accouchements normaux, le dernier en 1897. Deux fausses couches à deux et trois mois entre les deux grossesses normales. Dernières règles en octobre 1902. Grossesse tubaire droite. Laparotomie le 17 octobre 1902 et ablation d'une tumeur contenant un fœtus de six semaines. Guérison. 13 mars 1903 : laparotomie pour trompe gauche rompue. Ablation. Guérison.

OBSERVATION XCIV. — ROCHARD, *in* thèse SAUVÉ, Paris, 1906.

M^{me} Ch..., 35 ans, entre à l'hôpital Tenon au mois de juillet 1904. Retard de quatre semaines, perte assez abondante de sang noirâtre. Laparotomie le 21 juillet 1904. Hématocèle enkystée consécutive à une rupture de grossesse tubaire droite. Guérison.

Novembre 1905, 16 mois après : accidents péritonéaux graves, ventre ballonné et douloureux, métrorragie; opération d'urgence; trompe gauche rompue, ablation. Guérison.

OBSERVATION XCV. — RONCAGLIA, In sulla gravidanza recidivante del prof. PESTALOZZA. Estratto degli *Annali di ost. e gin.*, janvier 1901.

Novembre 1896. Pelvipéritonite blennorragique. Février 1897 : curettage, trompe gauche tuméfiée. Juillet 1897 : diagnostic d'hématocèle pour avortement tubaire. Laparotomie, on enlève les annexes gauches et l'on constate les annexes droites saines. Trois ans après, 11 janvier 1900 : nouvelle laparotomie pour grossesse tubaire droite.

OBSERVATION XCVI. — ROSS, *Amer. Journ. of Obst.*, t. XXXIII, 1896.

F., 24 ans, multipare. 20 janvier 1891 : retard de trois semaines, pertes, laparotomie. Guérison. Quatre ans et demi après, 1895 : collapsus. Laparotomie pour grossesse tubo-ovarienne gauche rompue. Guérison.

OBSERVATION XCVII. — ROSS, *Americ. Journ. of Obst.*, t. XXXIII, 1896.

F., 26 ans, multipare. Laparotomie pour avortement tubaire droit. Ablation des annexes droites. 1898 : laparotomie pour grossesse tubaire gauche. Ablation des annexes gauches. Guérison.

OBSERVATION XCVIII. — ROUTIER, Soc. d'obst., de gyn. et de péd., Paris, 1901.

M^{me} C..., 29 ans. Deux accouchements à terme, le dernier en 1893, avortement de quatre mois il y a deux ans. 1895 : symptômes de grossesse extra-utérine. À gauche, tumeur annexielle. Colpotomie, ablation de la trompe et de l'ovaire gauches. Un an après : retard, pertes et douleurs à droite.

15 février 1896 : laparotomie, à droite, caillots et tumeur tubo-ovarienne. Ablation. Moignon gauche parfait. Guérison.

OBSERVATION XCIX. — DE ROUVILLE, *in* thèse PRUNET, Montpellier, 1908.

M^{me} C..., entre le 2 juillet 1908, pour douleurs abdominales. Trois grossesses normales. 1903 : grossesse extra-utérine, laparotomie le 10 juillet 1903. On retire un fœtus dont le sexe est reconnaissable. Ablation de la trompe gauche. Guérison. Le 21 juillet 1908 : laparotomie pour grossesse tubaire droite rompue. Ablation des annexes droites : fœtus de 13 centimètres, sexe masculin. Guérison.

OBSERVATION C. — SHOOFIELD, *Americ. Journ. of Obstetric.* t. XXXVII.

F., 27 ans. 1890 : grossesse tubaire opérée. Quatre ans après, 1894 : symptômes de grossesse ectopique, tumeur annexielle droite ; guérison par le repos.

OBSERVATION CI. — SHOOFIELD, *Journ. of Obstetric,* t. XXXVII.

F., 29 ans. Grossesse ectopique opérée le 29 juin 1892. Quatre ans après, mai 1896 : grossesse tubaire gauche de trois mois rompue. Colpotomie. Mort trois heures après.

OBSERVATION CII. — SMITH, *Amer. Gyn. and Obst. Journ.*, juin 1900.

F. Un accouchement antérieur. Laparotomie pour grossesse tubaire droite rompue. Ablation des annexes droites. Guérison. Huit mois après, 1900 : expulsion de membranes ; symptômes de grossesse extra-utérine. Laparotomie. Hématocèle. Ablation de la trompe gauche. Guérison.

OBSERVATION CIII. — SOUTCHINSKY, *Gynecologia helvetica*,
1906.

F., 20 ans. Un enfant vivant. 1903 : le mai, laparotomie pour grossesse extra-utérine droite, guérison. 16 septembre 1904 : laparotomie pour rupture ou avortement tubaire; extirpation des annexes gauches. Rupture de la trompe gauche. Guérison.

OBSERVATION CIV. — SOUTCHINSKY, *Gynecologia helvetica*,
1906.

F., 34 ans. Deux enfants. Laparotomie le 2 juillet 1900, pour symptômes de grossesse extra-utérine. On enlève la trompe droite, celle-ci est dure, hypertrophiée; elle contient un fœtus de 4 centimètres de longueur dont la tête est entourée d'un caillot. Le 11 février 1901 : laparotomie pour rupture de grossesse tubaire. La trompe, très hypertrophiée, est rompue à sa partie postérieure; le fœtus est sorti de la cavité tubaire, à l'exception de la tête, qui était retenue au niveau de la déchirure et faisait tampon.

OBSERVATION CV. — STRAUCH, *Revue de gyn. et de chir. abd.*, 1899.

F., 24 ans. Un enfant de 6 ans. Colpotomie pour hémato-cèle. Octobre 1895, trois ans après : laparotomie pour grossesse tubaire gauche, tiers externe. Ablation des annexes gauches. Trompe droite adhérente. Guérison.

OBSERVATION CVI. — STRAUCH, *Revue de gyn. et de chir. abd.*, 1899.

F., 29 ans. Un accouchement antérieur, 7 ans. 1895 : grossesse de la trompe gauche; guérison par traitement mé-

dical. 25 mars 1898 : laparotomie pour grossesse extra-utérine droite. Extirpation des annexes droites et des gauches atrophiées. Guérison.

OBSERVATION CVII. — SRAUCH, *Revue de gyn. et de chir. abd.*, 1899.

F., 27 ans. Un accouchement antérieur, trois ans et demi. Avril 1896 : laparotomie pour grossesse extra-utérine. Vingt-trois mois après, 12 mars 1898 : laparotomie pour grossesse extra-utérine gauche rompue. Ablation. Guérison.

OBSERVATION CVIII. — A.-J. STURMER, *Journ. of Obst.*, 1903, 2^e semestre.

M. Christian, 32 ans. Trois enfants.

Le 27 août 1897 : vive douleur abdominale. Collapsus. Entre le 28 à l'hôpital.

Examen : col ramolli. Tuméfaction à gauche.

Laparotomie. Ablation des annexes gauches. Guérison.

Retour le 27 mars 1901. Métrorragies.

Le 28 : tuméfaction à droite de l'utérus.

Le 29 : laparotomie. Grossesse tubo-ovarique. Ablation des annexes droites. Guérison le 12 avril 1901.

OBSERVATION CIX. — A.-J. STURMER, *Journ. of Obst.*, 1903, 2^e semestre.

R..., 35 ans. Trois enfants.

18 mars 1901 : douleur terrible dans le bas-ventre, pas d'écoulement vaginal.

Tuméfaction de l'abdomen.

22 mars, examen : utérus gros repoussé à gauche, à droite, tuméfaction.

Laparotomie. Ablation des annexes droites. Rupture de la trompe droite. Guérison le 2 avril.

Retour le 2 juillet 1902. Douleurs violentes à gauche. Évanouissements.

Tuméfaction à gauche.

Le 4 : laparotomie. Ablation de caillots. Ablation des annexes gauches.

Guérison le 14 septembre 1902.

OBSERVATION CX. — THOMSON, *Monatschr. f. Geb. u. Gyn.*, t. IX, 1899.

F., 30 ans. Trois accouchements normaux. 12 octobre 1897 : laparotomie pour rupture de grossesse tubaire droite. Ablation. Annexes gauches paraissent saines. Trois mois après, 24 janvier 1898 : colpotomie pour avortement tubaire gauche. Ablation des annexes gauches. Guérison.

OBSERVATION CXI. — TOÏVO, *Forsstræm Finska Läkarsälls kapets Handlingar*, t. XXXVIII, n° 3, 1896.

F., 32 ans, un enfant de 10 ans. 1894 : aménorrhée, pertes, douleurs violentes à gauche; guérison par traitement médical. Deux ans après, 30 juin 1896 : laparotomie pour grossesse tubaire droite rompue. Ablation des annexes. Dans la trompe droite, ampoule de 3 centimètre, caillot noir, villosités choriales; trompe gauche épaissie, squelette fœtal. Guérison.

OBSERVATION CXI bis. — ULMANN, *Wiener med. Wochenschrift*, 1904.

F., 29 ans. Deux accouchements normaux. Dernières règles, janvier 1903; en février, douleurs abdominales. Diagnostic de grossesse extra-tubaire. Colpotomie. Ablation de la trompe gauche rompue. 25 septembre 1903 : diagnostic de grossesse tubaire droite. Opération le 27. Extirpation vaginale de l'utérus et des annexes contenant l'œuf. Guérison.

OBSERVATION CXII. — H. VARNIER, *Comptes rendus de la soc. d'obst., de gyn. et de péd. de Paris*, t. II, 1900.

1893 : premier accouchement prématuré, macéré. 1894 : accouchement normal. 1898 : avortement. 1899 : laparotomie pour grossesse tubaire droite rompue, ablation. Six mois après, 5 mai 1900 : symptômes de grossesse extra-utérine, expulsion de caduque ; amélioration. Guérison.

OBSERVATION CXIII. — VEIT, *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.*, t. XVII, 1889.

Janvier 1888 : extraction d'une trompe renfermant caillots et villosités. Neuf mois après : extirpation de l'autre trompe avec caillots et villosités.

OBSERVATION CXIV. — WALTER (de Manchester), *Lancet*, août 1892.

F., 29 ans, cinq accouchements à terme. Avril 1891 : ménorrhée, tumeur pelvienne gauche, guérison. Cinq mois après : 25 février 1892 : rupture de la trompe droite. Laparotomie le 26, les deux trompes sont gravides, ablation des deux annexes. Guérison.

OBSERVATION CXV. — WEIL, *Prag. Medizin. Wochenschr.*, 1899.

F., 33 ans. Un accouchement à terme. 7 juin 1897 : grossesse extra-utérine. 5 mai 1898, onze mois après : laparotomie pour grossesse tubaire gauche rompue, ablation du sac fœtal tubaire gauche, fœtus ; à droite, tumeur avec fœtus momifié de 3 centimètres. Guérison.

OBSERVATION CXVI. — WINCKEL, *Verhandl. der Deutsch. Geselsch. f. Gyn.*, 1888, t. II.

En 1885, arrêt par injection de morphine d'une grossesse tubaire droite. Deux ans après, 1887 : arrêt par injection de morphine d'une grossesse tubaire gauche de quatre mois. Mort par hématomérose. Autopsie : à gauche, grossesse tubaire de quatre mois ; à droite, os fœtaux.

OBSERVATION CXVII. — WORDL (de Sydney), *Australian med. Gaz.*, t. XVI, n° 6.

F., multipare. 5 janvier 1895 : laparotomie pour grossesse tubaire droite rompue. Sept mois après, 21 août 1895 : laparotomie pour avortement tubaire gauche. Guérison.

OBSERVATION CXVIII. — WORMSER, *Beitrage Geb. u. Gyn.*, 1899, vol. II.

1896 : douleurs, pertes de lambeaux ; laparotomie, à droite, grossesse tubaire rompue. Deux ans après, 1898 : coliques, pertes, lambeaux ; hématocele. Laparotomie, avortement tubaire incomplet gauche.

OBSERVATION CXIX. — WORMSER, *Beitrage Geb. u. Gyn.*, 1899, vol. II.

F., 31 ans. Quatre accouchements à terme, le dernier en 1894. 1895 : en novembre, retard de règles de cinq semaines, douleurs, pertes, colostrum, tumeur à gauche. Laparotomie, trompe gauche rompue. Deux ans et demi après, 15 mars 1898, à droite, hématocele, colpotomie. Guérison.

OBSERVATION CXX. — ZANGEMEISTER, *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.*, t. XXXVIII, 1898.

F., 29 ans. Un accouchement à terme, cinq avortements. Laparotomie le 25 novembre 1896, pour grossesse tubaire

gauche rompue. Extirpation. Un an après, 28 novembre 1907 : grossesse tubaire droite, guérie par le repos.

OBSERVATION CXXI. — ZANGEMEISTER, *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.*, t. XXXVIII, 1898.

F., 23 ans, multipare. Laparotomie, 31 janvier 1893, pour grossesse tubaire gauche rompue. Ablation d'un fœtus de deux mois, 5 centimètres, macéré. Quatre ans et demi après, juillet 1897 : laparotomie pour grossesse tubaire droite, non rompue. Extirpation. Guérison.

OBSERVATION CXXII. — ZANGEMEISTER, *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.*, t. XXXVIII, 1898.

F., 39 ans, tertipare. Laparotomie, 11 août 1897, pour grossesse tubaire gauche rompue, fœtus 20 centimètres, extirpation. Six mois après, 1^{er} février 1898 : laparotomie d'urgence, pour grossesse extra-utérine droite rompue ; fœtus de 6 centimètres. Extirpation des annexes droites. Mort.

CHAPITRE X

DEUXIÈME GROUPE D'OBSERVATIONS

Observations de grossesses extra-utérines répétées dans la même trompe.

OBSERVATION CXXIII. — Cœ, *Americ. Journ. of Obst.*,
t. XXVII, 1893.

F., 41 ans. Deux enfants. Un avortement entre les deux accouchements. Six mois après la naissance du dernier enfant, signes de fausse couche; tumeur à droite; pelvipéritonite, guérison. Douze ans après : laparotomie par Cœ, le 7 décembre 1892. Derrière le ligament large droit, il trouve: 1° un sac non rompu rempli d'os fœtaux; 2° un fœtus vivant de 3 à 4 mois (9 centimètres). Guérison.

OBSERVATION CXXIV. — GOODALL, *British medical Journ.*,
juin 1906, p. 272.

Grossesse extra-utérine récidivée de la même trompe.

Femme, 33 ans, se plaignant, le 26 mars 1905, de douleurs dans le dos et dans l'hypogastre et d'un léger écoulement vaginal.

Oernières règles, fin janvier 1905.

27 mars. Hémorragie profuse avec caillots.

Examen : utérus un peu augmenté de volume avec un col pâteux admettant à peine un doigt et bombant dans le côté droit ; à la région inguinale, tuméfaction ronde non pulsatile, du volume d'une orange, éveillant l'idée ou d'une grossesse extra-utérine ou d'une tumeur fibreuse.

Comme il y avait symptômes d'avortement, dilatation et essai de délivrance, on ramena seulement d'épais débris de membranes.

Traitement : compresses chaudes, injections au sublimé : atténuation progressive des hémorragies. La douleur droite persiste et la tumeur ne change pas.

9 avril. Glace. On pense à une grossesse extra-utérine. Diminution de la sensibilité et disparition de la douleur. Diminution progressive du volume de la tumeur.

Le 21. On ne sent plus la tumeur par l'abdomen et par le vagin.

1^{er} mai. Disparition de tous les phénomènes.

1906. Dernières règles fin novembre.

9 janvier 1907. Ecoulement faible. Crises aiguës de douleurs abdominales. Tuméfaction ressemblant tout à fait à la première atteinte, fut trouvée dans la même situation, quoique plus étroitement unie à l'utérus qui était augmenté de volume. Col mou. Vessie de glace et injections chaudes deux fois par jour.

15 janvier. complète dénudation de l'utérus malgré les injections.

L'examen montre que c'est le caduque.

Du 18 février au 23, hémorragie abondante qui s'arrête brusquement. Décroissance de la tumeur et, le 9 mars on ne trouve plus que le volume d'une petite noix à la trompe droite. Intervention refusée.

OBSERVATION CXXV. — HEINRICIUS et KOLSTER, *Archiv. für Gyn.*, vol. 58.

F., 33 ans, multipare. 1891 : tumeur dure mobile, disparition des règles pendant six mois. Retour des règles, la tumeur diminue, Six ans après, 1897 : la tumeur se développe de nouveau, mouvements du fœtus. La malade est atteinte de bacillose pulmonaire. Mort, 14 octobre.

Autopsie : tumeur à gauche adhérente à l'ovaire, fœtus de 51 centimètres relié par un cordon de 50 centimètres au placenta. Au-dessous du fœtus, masse brune ferme, formée de caillots et d'os, il y a un maxillaire inférieur incrusté dans une masse résistante situé sur la paroi de la trompe; côtes, os d'un fœtus près de son terme.

OBSERVATION CXXVI (résumée). — J. TAYLOR, *British. Gynecol. Journ.*, t. VIII, 1892.

F., 33 ans, un enfant de 4 ans. 22 novembre 1899 : hématoçèle, grossesse extra-utérine. Guérison par traitement médical. Deux ans et un mois après : laparotomie pour rupture de grossesse tubaire gauche. Extirpation des annexes gauches. Les annexes droites saines sont laissées. Sur la trompe gauche extirpée, il existe deux ouvertures, la rupture récente et celle de 1889. Guérison

OBSERVATION CXXII (résumée). — VARNIER et MANGIN, *Journ. de med.*, t. LXV.

F., multipare, douze enfants. A 42 ans, signes de grossesse conduite jusqu'au neuvième mois; faux travail. Abstention. Guérison.

Dix-huit mois après : douleurs, signes de rupture de grossesse ectopique. La santé se rétablit et reste parfaite jusqu'à 75 ans. Mort.

Autopsie : trompe gauche, lithopædion, garçon de 5 ans et demi, et grosseur avec fœtus de deux mois.

CHAPITRE XI

TROISIÈME GROUPE D'OBSERVATIONS

Observations de grossesses utérines intercalées entre deux grossesses extra-utérines.

OBSERVATION CXXVIII. — J.-M. DUFF, in *Cincinnati Lancet clinic*, 29 décembre 1894.

Multipare, mariée depuis cinq ans.

Des signes de grossesse s'étant montrés après cinq ans de stérilité, une tumeur existant au voisinage des annexes gauches, une grossesse extra-utérine est diagnostiquée à deux mois environ, et l'opération refusée. Douleur et collapsus subits. Expectation. La tumeur diminue. Huit mois plus tard, cinq mois après *un avortement intercalaire* de neuf semaines, laparotomie (dix semaines après, suspension de règles) pour grossesse tubaire droite sur la point de rompre; petit fœtus enfermé dans ses membranes. On trouve à gauche un sac fœtal attaché à la trompe et renfermant du tissu placentaire. Guérison.

OBSERVATION CXXIX. — GLITSCH, *Archiv. für Gyn.*, vol. 60, 1900.

M^{me} G..., 25 ans. Un accouchement en 1887.

1893 : dernières règles le 6 novembre 1892; pertes de sang. Diagnostic : grossesse extra-utérine. Laparotomie, 25 mai, ablation de la tumeur.

En 1895 : expulsion d'une môle hydatiforme.

1897 : 7 juin, expulsion d'une caduque ; douleurs, pertes pendant les mois de juillet, août et septembre ; puis, par le traitement médical, la tumeur diminue de plus en plus ; novembre 1899 : guérison complète.

OBSERVATION CXXX. — GRANDIN, *American Journ. of Obst.*, t. XXX, p. 864, 1894.

Femme de 28 ans, ayant eu un accouchement antérieur, il y a cinq ans.

En 1891, après un retard de huit jours, un écoulement sanguin léger et des crises douloureuses répétées font diagnostiquer une grossesse tubaire droite, qui est traitée par la galvanisation. Plus tard, incision vaginale du kyste apparemment rompu dans le ligament large. Drainage, guérison. Après quatre semaines, accès de défaillance et nouvelle incision vaginale. Drainage, guérison.

Un an après, abrasion de la muqueuse et suture d'une déchirure du col.

Deux ans après cette première grossesse tubaire, avortement vraisemblable suivi d'un curetage.

Un an après, laparotomie deux jours après avoir reconnu et incisé par le vagin une tumeur tubaire gauche accompagnée de fièvre. Sang liquide et caillots dans l'abdomen. Grossesse tubaire gauche rompue. Ablation des annexes gauches et droites ; car il y avait un pyo-salpinx à droite. Drainage par le Douglas. Guérison.

OBSERVATION CXXXI. — KOCKMANN (de Berne), *Centralbl. of Gynæk.*, 1899, p. 1221.

Grossesse tubaire récidivée avec une grossesse normale en la première et la deuxième grossesse extra-utérine.

Femme tuberculeuse, menstruée régulièrement à l'âge de 14 ans. Pertes blanches depuis l'âge de 17 ans.

En 1884, avortement. Dernières règles en juillet 1890, douleurs dans le bas-ventre, picotements, crampes, nausées, vomissements, fièvre. Au commencement de septembre, métrorragie qui dure quatorze jours et se renouvelle quatorze jours plus tard.

A l'examen, pas de signes de gravidité. Au niveau du bord gauche de l'utérus, près de l'origine de la trompe, tumeur un peu aplatie vers la paroi gauche du bassin.

Laparotomie le 20 octobre. Après diagnostic de grossesse tubaire gauche. Suites opératoires normales.

En 1894-95 : grossesse normale. Enfant bien portant.

Dernières règles en juin 96. Pas de symptômes de grossesse. Résistance diffuse dans l'hypochondre droit. A droite de l'utérus, masse assez dure qui se prolonge en arrière et paraît en connexion avec l'utérus qui est immobile. A gauche, deux petites tumeurs, reste de la castration antérieure.

Diagnostic : grossesse extra-utérine droite.

Laparotomie : œuf de six semaines.

Mort le huitième jour de pneumonie lobaire et de péritonite.

OBSERVATION CXXXII. — LAWSON TAIT, in *Brit. med. Journ.*, p. 1001, mai 1888.

Deux grossesses extra-utérine chez la même femme, séparées par une grossesse normale.

M^{me} R..., âgée de 25 ans, enceinte de trois mois, fut prise d'accidents graves de péritonite, le 9 mai 1883.

On constate chez elle une tumeur mal définie, occupant la fosse iliaque droite, et on diagnostique une grossesse tubaire avec rupture de la trompe.

Le 11, laparotomie, la trompe droite est enlevée. Guérison.

Dix-huit mois plus tard, elle redevint enceinte et eut une grossesse régulière et un accouchement normal.

Quinze mois plus tard, elle fut de nouveau enceinte, et, pendant quatre mois, les symptômes de la grossesse n'offrirent rien de spécial.

Le 9 mars, douleur atroce abdominale, pâleur, défaillance, vomissements. Mort rapide trois heures après.

L'autopsie montre l'abdomen rempli de sang et de caillots. Le placenta sortait par une large ouverture de la poche utéro-tubaire, et la mort avait été causée par hémorragie. La trompe gauche communiquait avec le sac fœtal, et la rupture s'était faite à la partie supérieure et postérieure de la corne utérine gauche. Fœtus de quatre mois.

OBSERVATION CXXXIII. — MAUCLAIRE, *Semaine gyn.*, juillet 1900.

F., deux accouchements à terme ; le dernier en 1891. 1896 : hématoçèle rétro-utérine. Colpotomie. Guérison. 1898 : accouchement normal. 15 mai : 1900 : métrorragies douleur violente, syncope. Diagnostic de grossesse extra-utérine.

OBSERVATION CXXXIV. — ROSENWASSER, *Americ. Journ. of Obst.*, t. XXVIII, 1893.

F., 42 ans, trois enfants. Deux ans avant le deuxième accouchement, retard de règles de six semaines avec menace d'avortement, pas d'expulsion de fœtus, traitement médical. Guérison. Le deuxième et le troisième accouchements se font ensuite et douze ans après, 6 juin 1893, laparotomie. Extirpation de l'ovaire droit kystique et d'un sac tubaire droit avec une quarantaine d'os fœtaux, et de la trompe gauche occluse et dilatée par un vieil hématosalpinx.

OBSERVATION CXXXV. — STRAUCH, *Revue de gyn. et de chir. abdominale*, t. III, p. 51, 1899.

Femme de 26 ans, ayant eu un avortement et deux accouchements normaux, le dernier il y a deux ans.

Laparotomie le 8 mars 1896, pour grossesse tubaire gauche rompue de deux mois environ (dernières règles : janvier), volume d'une noix. L'œuf a été détruit par l'hémorragie. Excision des annexes gauches.

Entre les deux grossesses tubaires, avortement de deux mois. Curettage en septembre 1896.

Treize mois après la première grossesse tubaire, laparotomie le 7 avril 1897, pour avortement tubaire de trois mois environ (dernières règles : 28 janvier). Hématocèle du volume du poing. L'œuf détruit par l'hémorragie se trouve dans le tiers externe; il s'agit donc d'un avortement tubaire. L'ovaire droit enchâssé de pseudo-membranes, est extirpé avec la trompe. Guérison.

OBSERVATION CXXXVI. — STRAUCH, *Revue de gynécologie et de chir. abdom.*, t. III, 1899.

Femme de 26 ans, a eu deux accouchements normaux. Enfants vivants. A fait quatre avortements dont un provoqué, le dernier, il y a deux ans.

Le 12 avril 1894. Extirpation d'une grossesse tubaire droite de quatre mois environ (volume d'un citron), rompue à sa face antérieure et environnée de caillots anciens. Elle avait eu ses dernières règles du 2 au 5 décembre 1893. Première crise syncopale, le 5 février; expulsion d'une caduque le 18 février. On ne peut rien retrouver du fœtus, mais on reconnaît très nettement les villosités du chorion. Convalescence compliquée de pneumonie gauche. Se lève au bout de 24 jours.

Le 16 juillet 1895, c'est-à-dire quinze mois après, elle accouchait d'un gros enfant.

Le 19 mai 1897, 22 mois après l'accouchement normal, trois ans après la première ectopie, elle était opérée pour une grossesse tubaire gauche d'un mois et demi environ.

Dernières règles, le 1^{er} avril; premiers accidents, le 1^{er} mai, après un léger retard. Avortement tubaire. Laparoto-

mie : extirpation de la trompe gauche avec l'ovaire : aucune adhérence. Dans le voisinage de l'orifice abdominal, le volume de la trompe augmente subitement et atteint le volume d'une noix. De gros caillots font saillie par l'orifice abdominale dans la cavité abdominale. Guérison.

OBSERVATION CXXXVII. — WORMSER, *Beiträge Geb. u. Gyn.*, 1899, vol II (résumée) .

Femme, ayant eu une grossesse tubaire, laparotomie. Guérison. Puis grossesse normale. En 1899 : laparotomie à droite, tumeur de la trompe, hématocele ; à gauche, les annexes manquent. Mort par péritonite.

CONCLUSIONS

I. — La récurrence de la grossesse extra-utérine chez une même femme est fréquente ainsi que l'attestent de nombreuses observations antérieures auxquelles nous joignons neuf observations lyonnaises, dont quatre inédites.

II. — Elle se fait le plus fréquemment dans la trompe du côté opposé, quelquefois cependant dans la même trompe.

III. — L'évolution clinique de la récurrence est semblable à peu de chose près à l'évolution de la première.

IV. — Il peut y avoir une grossesse utérine normale intercalée entre les deux ectopiques.

V. — La fréquence de la répétition de la grossesse ectopique doit-elle engager à pratiquer la castration bilatérale dans les cas de grossesse extra-utérine ?

On pourrait être tenté de répondre affirmativement. En réalité, les observations de grossesses normales après une grossesse ectopique sont trop nombreuses pour suivre une telle pratique. La castration bilatérale

sera réservée aux seuls cas où il existe des lésions très manifestes du côté opposé chez les femmes après quarante ans, et qui ont eu plusieurs enfants.

Chez les femmes plus jeunes, on peut se demander s'il ne faut pas s'adresser à des opérations conservatrices telles que la salpingostomie.

Vu :

Le Président de la Thèse,

A. POLLOSSON.

Vu :

Le Doyen,

L. HUGOUNENQ.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Lyon, le 5 mai 1913.

Le Recteur, Président du Conseil de l'Université,

P. JOUBIN.

BIBLIOGRAPHIE

- K. ABEL. — *Arch. f. Gynäkol*, XLIV, 1893.
- ALBERTIN. — Société des Sciences médicales de Lyon. *Revue de chirurgie*, p. 1030.
- ALBERTIN et DESGOUTTES — De la grossesse tubaire. *Lyon chirurgical*, 1^{er} juillet 1909.
- BACULESCU. — Etude statistique sur la grossesse extra-utérine. Travail de la clinique du professeur P. Delbet. *Revue de chirurgie*, 1912, t. XLV.
- BAR, BRINDEAU, CHAMTRELANT. — Pratique de l'art des accouchements.
- BÉGOIN. — Société d'obst., de gyn. et de péd. de Bordeaux, séance du 26 novembre 1912. *Journal de médecine de Bordeaux*, 2 février 1913.
- *Précis de pathologie chirurgicale*, t. IV.
- BOUILLY et LECÈNE. — *Semaine gynécologique*, 1901, p. 217.
- BOURSIER. — *Précis de gynécologie*.
- CAZEAUX. — Etudes anatomiques des modifications de l'utérus au cours des grossesses ectopiques. Thèse Paris, 1903.
- COUVELAIRE. — Etudes anatomiques sur les grossesses tubaires. Thèse Paris, 1901.
- DELEZENNE. — Récidive de grossesse tubaire, hématosalpinx. *Journal des Sciences médicales de Lille*, 1906, p. 477.
- DENAVE. — Contribution à l'étude de la salpingostomie. Thèse Lyon, 1912.
- FILHOULAUD. — De la grossesse extra-utérine récidivée. Thèse. Paris, 1898.
- FUNCK-BRENTANO. — Des grossesses utérines survenant après la grossesse extra-utérine. Thèse Paris, 1898.

- GAUTHIER. — Thèse Paris, 1893.
- HARET. — Etude critique sur 35 nouveaux cas de grossesse ectopique récidivante. Thèse Paris, 1901.
- HENROTIN et HERZOG. — Anomalies du canal de Muller comme causes des grossesses ectopiques. *Revue de gyn. et de chirurgie abdominale*. Juillet-août 1898.
- JACOBS. — *Ann. gyn.*, octobre 1903.
- JAYLE et NANDROT. — La grossesse tubaire bilatérale. *Revue de gyn. et de chir. abdom.*, 1904, t. VIII, p. 195.
- KUSTNER, OTTO. — Ueber extra-utérine Schangerschaft. *Volk-mann's Sammlung Verträge, Neue Folge*, n° 244 et 245, 1899.
- LABADIE-LAGRAVE et LEGUEU. — *Traité médico-chirurgical de gynécologie*.
- LAWSEN TAIT. — Ectopic gestation and pelvis hematocèle, 1880.
- LE DENTU et DELBET. — *Traité de chirurgie*.
- LEJARS et BÉGOIN. — XVII^e Congrès français de chirurgie.
- LEJARS. — Chirurgie d'urgence.
- MARTIN. — De la récidive dans la grossesse extra-utérine. Thèse Paris, 1901.
- MOREAU. — La récidive de grossesse extra-utérine rompue. *Journal de chirurgie et annales de la Société belge de chirurgie*, novembre 1912.
- PAQUY. — Contribution à l'étude de la grossesse extra-utérine. Des grossesses développées dans des trompes saines. Thèse de Paris, 1896-1897.
- PATEL. — Grossesse extra-utérine; clinique chirurgicale. *Progrès médical*, 31 août 1912, p. 432.
- PAYEN. — Contributions à l'étude des grossesses extra-utérines répétées. Thèse de Lyon, 1898-1899.
- PESTALOZZA. — Sulla gravidanza extra-uterina repetuta. *Archivio italiano di ginecologia*, oct. 1900, p. 474.
- PICHEVIN. — Faut-il enlever les annexes des deux côtés dans les cas de grossesse extra-utérine unilatérale ? *Semaine gynécol.*, 1906.
- A. POLLOSSON. — Cours de gynécologie. Faculté de médecine de Lyon, année 1913.
- POZZI. — *Traité de gynécologie*.
- Société d'obst., de gyn. et de péd. de Paris, mai 1906.

- PROUST et BENDER. — Société anatomique, 11 février 1910.
- PRUNET. — Contribution à l'étude des grossesses ectopiques et de ses récidives. Etiologie et pathogénie. Thèse de Montpellier, 1908-1909.
- PUECH. — Grossesse extra-utérine récidivée. *Gazette obstétricale*, Paris, 1879, n° 21.
- R. REIFFARSCHEID. — *Centralblatt für gynäcologie*, 1903.
- RIBEMONT-DESSAIGNES et LEPAGE. — Précis d'obstétrique.
- ROCQUET. — De la grossesse extra-utérine répétée chez la même femme. Diagnostic et traitement. Paris, 1891-1892.
- SAUVÉ. — Contribution à l'étude des grossesses tubaires bilatérales successives et simultanées. Paris, thèse 1905-1906.
- SENS. — Etude critique de 89 observations de récidive de grossesse ectopique. Thèse Paris, 1900-1901.
- SCHUL. — Des grossesses extra-utérines anciennes dans leurs rapports avec les grossesses utérines subséquentes. Thèse Paris, 1883.
- SMITH, RICHARD. — Repeated ectopic pregnancy, with a report a report of four cases. *The American Gynecological Society*, thirty-sixth annual meeting, may 23rd and 25 th. 1911.
- STEPKOWSKI. — Etude sur l'étiologie de la grossesse extra-utérine. *Revue de gyn. et de chir. abdom.*, 1901.
- STRASSMANN. — *Berlin. Klinische Wochens*, 1897.
- Congrès international de médecine : section de gyn. *Revue de chirurgie*, 1900.
- STRAUCH. — *Annales d'obstétrique et de gynécologie*, sept. 1895.
- TAINTURIER. — Etiologie des grossesses extra-utérines. Thèse Paris, 1895.
- VARNIER. — Récidive de la grossesse ectopique. *Annales de gyn. et d'obst.*, 1901.
- Soc. d'obst., de gyn. et de péd., octobre 1900.
- VEIT. — Soc. d'obst. et de gyn. de Berlin, 1889.
- WEBSTER. — De la grossesse extra-utérine, Berlin 1894.
- WYDER. — *Arch. f. gyn.*, 1886, Bd XXVIII, p. 362.
-

24709. — IMP. RÉUNIES, 8, RUE RACHAIS, LYON
